

Hvordan svært erfarne terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger om bedring

-En kvalitativ studie av den innledende fasen i terapi

Marianne Ahlsen og Henriette Konradsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2012

© Marianne Ahlsen og Henriette Konradsen

År: 2012

Tittel: Hvordan svært erfarne terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger

Forfatter: Marianne Ahlsen og Henriette Konradsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Hvordan svært erfarne terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger

Forfattere: Marianne Ahlsen og Henriette Konradsen

Hovedveileder: Michael Helge Rønnestad

Biveileder: Anna Louise von der Lippe

Bakgrunn: Psykoterapiforskningen har de siste årene utforsket betydningen av spesifikke faktorer og fellesfaktorer for utfall av terapi. I den forbindelse har håp og forventninger blitt trukket fram, og blir av mange forskere ansett som en av de viktigste komponenter for et godt utfall av terapi (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold & Weinberger, 2010). Studier har vist at klienter med positive forventninger til bedring innledningsvis i terapi også får et bedre utfall av terapi (Price, 2008). Dermed kan man tenke seg at terapeuter kan påvirke bedringen til klienter ved å fremme denne opplevelsen av håp og forventninger i den innledende fasen av terapi. Følgelig ble vi interessert i å studere *hvordan svært erfarne terapeuter kunne fremme opplevelsen av håp og forventning i de innledende fasene av terapi*.

Metode: Det er benyttet kvalitativ metode i denne studien, som er en selvstendig del av en større studie, *An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy* under prosjektledelse av Michael Helge Rønnestad ved Universitetet i Oslo (Rønnestad, 2009). Datamaterialet fra de tre første terapitimene til åtte svært erfarne terapeuter er analysert ved anvendelse av elementer fra Grounded Theory slik Charmaz (2006) beskriver den, og Consensual Qualitative Method (Hill, Thompson, & Williams, 1997).

Resultater: De erfarne terapeutene vi studerte fremmet opplevelsen av håp hos klientene sine på måter som kunne deles inn i fem hovedkategorier: 1) fokus på terapimål, 2) endring av klientens perspektiv, 3) fokus på ressurser, 4) fokus på behandlingsprosessen, og 5) fokus på den terapeutiske relasjonen.

Diskusjon: Hvordan svært erfarne terapeuter fremmer opplevelsen av håp hos klienter er sammenfallende med forskningen som foreligger om håp og forventning i forhold til terapiutfall. Håp og forventning blir drøftet i forhold til tidligere teori og forskning på dette temaet, samt hvordan håp og forventning er relatert til begrepet "allianse" og arbeidet med den terapeutiske relasjonen.

”Expectation colored by hope and faith is an effective force with which we have to reckon... in *all* our attempts at treatment and cure” (s. 289)

- Freud, S., Strachey, J., & Freud, A. (1953)

Forord

Å jobbe med hovedoppgaven har vært en lang og spennende prosess, og vi må innrømme at vi gjennom hele prosessen har kjent oss privilegerte som har fått lov til å gå så i dybden av terapi. Det å få lov til å studere svært erfarne terapeuter i deres arbeid har både hatt personlig og faglig verdi for oss. De intense og månedslange arbeidsøktene vi har hatt vitner om et stort engasjement for denne oppgaven, og vi håper at vårt engasjement også er synlig for andre som skal lese det ferdige produktet.

Vi ønsker å få lov til å rette en varm og inderlig takk til våre to veiledere som har hjulpet oss gjennom den lange prosessen og alltid vært tilgjengelig for spørsmål. Takk Helge for dine kloke råd og inspirerende samtaler. Takk Anni for dine nye måter å se ting på og for kloke innvendinger. Vi setter utrolig pris på deres fantastiske støtte, oppfølging og ikke minst oppmuntring!

Vi ønsker også å takke terapeutene for at vi fikk denne unike muligheten til å være flue på veggen deres. Dere har bidratt til verdifull kunnskap, og det er med ydmykhet vi håper at dette kan være kunnskap andre også setter pris på.

En varm takk rettes også til familie for korrekturlesing, og ikke minst ønsker vi å takke våre samboere som har måttet tåle to damer som har vært opptatt av hovedoppgaven i flere måneder, og til tider har syntes at oppgaven var mer spennende enn dem. Dere er likevel de som gir oss mening i livet!

Avslutningsvis ønsker vi å takke hverandre for et ekstraordinært godt samarbeid, som har vært preget av spennende og lærerike samtaler, store mengder koffein, müsliblandinger med bær og yoghurt naturell, Olden kullsyrevann med eplesmak, mye engasjement og ikke minst oppmuntring gjennom hele prosessen.

Marianne Ahlsen og Henriette Konradsen

Universitetet i Oslo, oktober 2012

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	III
Forord.....	VII
Innholdsfortegnelse.....	VIII
1 Introduksjon.....	1
1.1 Teoretisk og empirisk bakgrunn.....	4
1.2 Den terapeutiske alliansen.....	8
1.3 Implisitte manifestasjoner for å fremme håp.....	9
1.4 Problemformulering.....	11
1.5 Begrepsavklaring.....	12
1.5.1 Håp og forventning.....	12
1.5.2 Tro.....	13
1.5.3 Motivasjon.....	14
1.5.4 Optimisme.....	14
1.5.5 Placebo.....	14
1.6 Om begrepet håp.....	15
2 Metode.....	18
2.1 Grounded Theory.....	18
2.2 Utvalg.....	19
2.3 Etiske vurderinger.....	21
2.4 Analyseprosessen.....	22
2.4.1 Fase 1: Transkribering.....	23
2.4.2 Fase 2: Initial koding.....	23
2.4.3 Fase 3: Fokusert koding.....	25
2.4.3.1 Fokusert koding: Fase 1.....	25
2.4.3.2 Fokusert koding: Fase 2.....	27
2.4.3.3 Fokusert koding: Fase 3.....	27
2.4.4 Fase 4: Fokus på kategorisering.....	28
2.4.5 Fase 5: Aksial koding.....	28
2.4.6 Ny datainnhenting: Teoretisk sampling.....	29
2.5 Memoskriving.....	29
2.6 Metodiske betraktninger.....	29
2.6.1 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	30

2.6.2 Utvalget.....	32
2.6.3 Resultatene.....	32
2.7 Sitatbruk og korte beskrivelser.....	33
2.8 Presentasjon av de fokuserte kodene i teksten.....	34
3 Resultater og innledende diskusjon.....	34
3.1 Fokus på terapimål.....	34
3.1.1 Avklare målene.....	35
3.1.2 Skape forventning om å nå målet.....	37
3.1.3 Signalisere tro på å nå målet.....	40
3.2 Endring av klientens perspektiv.....	42
3.2.1 Reformulering.....	42
3.2.2 Eksplisitt tilføring av kunnskap.....	44
3.3 Fokus på ressurser.....	46
3.3.1 Påpekning av ressurser.....	46
3.3.2 Styrke klientens agens.....	48
3.4 Fokus på behandlingsprosessen.....	51
3.4.1 Adressere arbeidsoppgaver.....	51
3.4.2 Verktøy og metoder.....	54
3.5 Fokus på den terapeutiske relasjonen.....	55
3.5.1 Oppmuntring til samarbeid.....	56
3.5.2 Vise forståelse.....	57
3.5.3 Skape trygghet.....	58
3.5.4 Terapeuten signaliserer personlig involvering.....	59
4 Avsluttende diskusjon.....	61
4.1 Forholdet mellom håp og allianse – hvordan skal man forstå og forske på det? 61	
4.2 Betydningen av terapeutens teoretiske orientering.....	64
4.3 Implikasjoner av studien.....	65
4.3.1 Implikasjoner for praksis og utdanning.....	65
4.3.2 Implikasjon for forskning.....	65
4.4 Begrensninger ved studien.....	67
4.5 Avsluttende refleksjoner.....	69
5 Litteraturliste.....	70
6 Vedlegg.....	81
7.1 Vedlegg A: Oversikt over hvilke koder de ulike terapeutene brukte.....	81

7.2 Vedlegg B: Frekvensoversikt over alle kodene for de ulike terapeutene.....	82
7.3 Vedlegg C: Frekvensoversikt over hovedkategoriene for de ulike terapeutene..	83
7.4 Vedlegg D: Oversikt over antall ganger hovedkategoriene ble brukt totalt.....	84
7.5 Vedlegg E: Oversikt over antall ganger underkategoriene ble brukt totalt.....	85

Figur- og tabelliste

Figur 1 Lambert og Barleys modell for forklaringsvariansen av utfall i psykoterapi.....	6
Tabell 1 Terapeutenes teoretiske orientering.....	21
Figur 2 Hovedkategorier og underkategorier som terapeutene fremmet håp gjennom.....	34
Figur 3 Hovedkategori 1: Fokus på terapimål.....	35
Figur 4 Hovedkategori 2: Endring av klientens perspektiv.....	42
Figur 5 Hovedkategori 3: Fokus på ressurser.....	46
Figur 6 Hovedkategori 4: Fokus på behandlingsprosessen.....	51
Figur 7 Hovedkategori 5: Fokus på den terapeutiske relasjonen.....	56
Figur 8 Alliansen bedrer håpet.....	62
Figur 9 Håp bedrer alliansen.....	62
Figur 10 Håp blir mediert av alliansen og effekten av håp på utfall blir da indirekte.....	63

1.0 Introduksjon

*”Jeg trenger liksom det håpet, og en følelse av at
jeg kan mestre det, og som du sa, at andre har
hatt det sånn (...) Det er så godt å få håp.”*

klient 7 i slutten av time 1.

De fleste klienter som søker hjelp hos psykolog har et håp om å oppnå bedring. Miller (1985) hevder at håp kan påvirke helbredelsesprosessen, og Rustøen (1991) støtter dette når hun sier at tilstedeværelsen av håp vil farge vår opplevelse av livet. Alle former for psykoterapi prøver direkte eller indirekte å hjelpe klienten til å få det bedre med seg selv og omgivelsene (Frank & Frank, 1991). Psykoterapi har således blitt beskrevet som en gjennomreise bestående av håpefull tenkning (Snyder, 1994), og selv om klientene har det vanskelig er de ikke helt uten håp siden de oppsøker psykolog (Frank & Frank, 1991).

Siden Smith og Glass' (1977) første metaanalyse som dokumenterte at psykoterapi var en effektiv behandlingsform, har det blitt foretatt en rekke metaanalyser som har hatt fokus på effekten av psykoterapi (Lambert & Bergin, 1994; Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass, & Miller, 1980). I dag er det i stor grad enighet om at psykoterapi er bemerkelsesverdig effektiv (Lambert & Ogles, 2004; Lipsey & Wilson, 1993; Smith, et al., 1980; Wampold, 2010a, 2010b). Dermed har ett av psykoterapiforskningens spørsmål de siste årene dreid seg mot om ulike terapitradisjoner er like effektive (Wampold, 2001). Rosenzweig (1936) foreslo så tidlig som i 1936 at det var faktorer *felles* for alle terapitradisjoner, og ikke spesifikke faktorer, som var avgjørende for effekten av psykoterapi. Rosenzweig presenterte da det klassiske utsagnet *”everybody has won, and all must have prizes”* hentet fra dodo-fuglens utsagn i *”Alice in Wonderland”* (Rosenzweig, 1936). I senere tid har utsagnet blitt kalt *the dodo bird effect* eller *dodo-kjennelsen*, som blir brukt som en metafor på den delen av psykoterapiforskningen som konkluderer med lik effektivitet for forskjellige metoder (Duncan, 2002).

I løpet av psykologutdannelsen vår ble vi opptatt av *hva* det var i terapi som bidro til bedring. Vi følte et behov for å gå mer i dybden av noe av det som foregår i terapi. I enkelte kurs var det mye fokus på betydningen av fellesfaktorer, og i den forbindelse oppstod det en diskusjon blant studentene om hva det var vi som *terapeuter* bidro med. Som psykologer i utvikling diskuterte vi mye hvordan vi som terapeuter påvirker og skaper fellesfaktorene i terapi. Gjennom mye diskusjon rundt terapeuters bidrag begynte hovedoppgaveprosjektet vårt

å spire. Vi ble opptatt av hvordan vi som terapeuter påvirker prosessene i terapi, og hvordan vi skulle formidle *håp* til klientene vi møter. Etter noe litteraturgjennomgang fant vi studier som påpekte hvor viktig håp var for å oppnå bedring i terapi. Det vi ble mest opptatt av var *terapeutenes* betydningsfulle bidrag i prosessene rundt håp og forventning, noe vi fant lite forskning på.

Da vi tok et dypdykk i litteraturen fant vi en banebrytende oppsummering av komparative studier av psykoterapi gjort av Luborsky, Singer og Luborsky i 1975 . I deres arbeid bekrefter de at psykoterapi er effektivt for en høy prosentandel av alle som går i terapi, og stadfester samtidig at de ikke finner noen signifikant forskjell mellom ulike former for psykoterapi (ibid). Rosenzweigs antagelse om at det er fellesfaktorer som har avgjørende betydning for effekten av psykoterapi, og ikke spesifikke faktorer, ble altså empirisk bekreftet av Luborsky et al. (ibid) 40 år senere. Omfattende forskning har senere støttet opp under en slik ”dodo-kjennelse”, men debatten om det er spesifikke faktorer eller fellesfaktorer som har mest betydning for utfallet i psykoterapi er langt fra avsluttet (Rønnestad & Skovholt, 2012). En grundig utredning om denne debatten faller utenfor denne oppgavens rammer, men det blir tydelig at det i dag fremdeles er uenigheter om hvor mye fellesfaktorer og spesifikke faktorer spiller inn på utfallet av psykoterapi (ibid).

Mangelen på evidens for at spesifikke faktorer kan forklare utfallet i psykoterapi har ført til at det også har blitt fokus på hva som kan være *felles* på tvers av terapitradisjoner (Wampold, 2010a). Spørsmålet som ofte stilles er om disse fellesfaktorene kan forklare utfallet av psykoterapi (ibid). Å forske på fellesfaktorer byr på en rekke vanskeligheter siden de ikke kan manipuleres eksperimentelt, og siden det ikke finnes noen klar konsensus for hva som favnes under begrepet fellesfaktorer (Grencavage & Norcross, 1990). Likevel er det enkelte fellesfaktorer som det er større enighet om enn andre (ibid). En av fellesfaktorene som ofte trekkes fram er *terapeutegenskaper* (ibid). Terapeutegenskaper kan påvirke utfallet av terapien i stor grad siden terapien alltid vil være innkapslet i terapeuten (Wampold, 2001), noe som har blitt bekreftet gjennom en rekke studier (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996; Crits-Christoph, 1991; Wampold, 2001). Imidlertid er dette et område som i lang tid har vært ignorert, og det var lenge vi ikke hadde nok kunnskap til å kunne si hvordan terapeutegenskaper virker inn i terapien (Lambert & Ogles, 2004). I dag har vi mer kunnskap på dette området, hvor studier har vist at egenskaper hos terapeuten er viktige faktorer som spiller inn på effektiviteten av terapi, både når det gjelder korttids- og langtidsterapier (Castonguay, 2010; Heinonen, 2012). Terapeutegenskaper har også blitt vist å ha stor

betydning for kvaliteten på alliansen som utvikles mellom terapeut og klient (Nissen-Lie, 2010; Rønnestad & Skovholt, 2012)

Lambert og Ogles (2004) hevder at det fokuseres for mye på teknikker i psykoterapiforskningen, og at det vil være hensiktsmessig å rette forskningsfokuset mot egenskaper hos terapeuten og klienten. Videre mener de at det vil være nyttig å se på *empirisk validerte psykoterapeuter*, og ikke *empirisk støttede behandlingsformer* (ibid). En slik type forskning vil kunne gi umiddelbar effekt i praksis, og vil kunne lede til større sannsynlighet for bedret utfall hos klientene (Lambert & Ogles, 2004)

Det har lenge vært spekulasjoner rundt hva som karakteriserer en terapeut som konsekvent oppnår gode resultater (Wampold, 2010a). Studier som har forsøkt å se hva som karakteriserer en effektiv terapeut, viser klar tendens til at sosiale ferdigheter er kritiske (Wampold, 2010a). Det å ha evne til å oppfatte klientens følelsesmessige tilstand, uttrykke og modulere egne følelsesuttrykk, og det å danne en god allianse ser ut til å være betydningsfulle ferdigheter (ibid). I tillegg kommuniserer effektive terapeuter *håp* for at klienten vil oppnå framgang. Til tross for eventuelle tilbakeslag, så vil disse terapeutene være innstilt på klientprogresjon (ibid). Wampold (2011) har poengtert at det er svært viktig at terapeuten blir oppfattet som å formidle en realistisk optimisme for å øke sannsynligheten for et godt utfall av terapien.

All menneskelig atferd reflekterer behovet for å skape mening i livet (Frank & Frank, 1991). Snyder (1994) hevder at livet består av en rekke hendelser hvor mennesket forsøker å komme seg fra A til B, og hevder videre at det karakteristiske med mennesket er at det er målrettet og tenker på framtiden. I likhet med dette hevder Goldstein (1962) at det er få aspekter ved menneskets fungering som kan bli forstått uten å se på personens syn på framtiden. I følge Aristoteles er all menneskelig aktivitet målrettet (Pedersen, 2009), og håp vil få et menneske til å holde seg på sporet, mens håpløshet har vist seg å ha en klar sammenheng med selvmordsforsøk (Beck, Brown, & Steer, 1989; Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz, & Caine, 2001; Lester & Walker, 2007; Smith, Alloy, & Abramson, 2006). En persons forventninger påvirker dens persepsjon av hva som foregår i livet, og vil påvirke dens atferd (Goldstein, 1962). Vi kan se for oss at klienter vil jobbe mot endring, så lenge de forventer at endring er mulig (Austin & Vancouver, 1996). Uten en forventning om endring, er det sannsynlig at personen vil bli motløs og avstå fra å jobbe mot målet.

Positive forventninger kan minske følelsen av håpløshet, og øke følelsen av selvsikkerhet, lettelse og *håp*. Dette kan ha en umiddelbar effekt på klientens bedring (Kirsch, 1990). Frank og Frank (1991) hevder at alle klienter som kommer i terapi føler på varierte

grader av håpløshet. Håpløshet har blitt sett på som et symptom på depresjon, og ofte som en etiologisk faktor ved somatisk sykdom (Gottschalk, 1974). Håp anses derfor som en motiverende kraft som hjelper individet til å overkomme indre psykologiske konflikter (ibid). Frank og Frank (1991) støtter dette når de hevder at håp er den helbredende faktoren i terapi. Psykoterapeuter har observert at en holdning dominert av håp, eller eventuelt mobilisering av håp, ofte er nødvendig for å kunne oppnå et ønsket utfall i terapi (Gottschalk, 1974). Ved å ha positive forventninger til terapien, kan klienten få en følelse av optimisme og energi, som igjen vil kunne bidra positivt på bedringsprosessen (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002).

1.1 Teoretisk og empirisk bakgrunn

Vi vil i dette kapittelet fokusere på hvorfor det er viktig å studere hvordan terapeuter forholder seg til håp. I den forbindelse vil vi se nærmere på hvilken betydning forskningen har vist at håp og forventninger har for terapiutfall.

Empiriske studier av *forventning om bedring* kan spores tilbake til 1954 da en student av Carl Rogers så på sammenhengen mellom forventninger og utfall (Lipkin, 1954). Hans data viste en sterk tendens til at de klientene som forventet bedring, også opplevde mer endring i slutten av terapien, sammenlignet med klienter som hadde lave forventninger (ibid). Rosenthal og Frank skrev en avgjørende artikkel i 1956 hvor de analyserte forskningen som var blitt gjort på placebo-effekt og dets implikasjon for psykoterapi. De konkluderte med at klienter som kommer i psykoterapi har ulike nivå av forventning om bedring, og at denne faktoren kan ha stor betydning for utfallet av terapien. Imidlertid var ikke dette blitt tilstrekkelig studert enda (ibid). Grenavage og Norcross gjorde en analyse i 1990 av 50 publikasjoner hvor de så på hva *terapeuter* anså som viktig for bedring. *Klienters positive forventninger* var en av de seks viktigste fellesfaktorene som ble trukket fram. De andre fellesfaktorene som oftest ble ansett som nødvendig for vellykket terapi, var terapeutisk allianse, mulighet for emosjonell lettelse, tilegnelse av ny atferd, terapeutegenskaper og tilføring av rasjonale. *Klienters positive forventninger* ble her identifisert av 26 % av terapeutene, mens terapeutisk allianse ble identifisert av 56 %, mulighet for emosjonell lettelse av 38 %, tilegnelse av ny atferd av 32 %, terapeutegenskaper av 24 % og tilføring av terapeutisk rasjonale ble identifisert av 24 % av alle terapeutene (ibid). Nietzel, Bernstein og Milich (1994) viser også til at klientens tro og forventning om endring er av terapeuter en av de mest nevnte ingrediensene og kritiske bidragsytere til bedring i psykoterapi. Noen terapeuter ville kanskje hevde at håp er *den* viktigste bidragsyteren for bedring (ibid). Snyder, Michael og Cheavens (1999) trekker fram at det er mulig at *håp* er en fellesfaktor som finnes

på tvers av ulike terapitilnærminger. De hevder videre at håp er en aktiv mekanisme som er ansvarlig for tidlig bedring, men også bedring videre i terapien (ibid).

Weinberger og Eig (1999) understreker at *forventninger* er den eneste identifiserte fellesfaktoren, som ikke har blitt vektlagt ved noen av de store skolene i psykoterapi. De konkluderer følgelig med at forventninger er den mest neglisjerte og ignorerte fellesfaktoren av dem alle. Dette til tross for den store betydningen det har vist seg å adressere forventninger i praksis (ibid). Selv om forskere i over 50 år har vært interessert i hvordan forventninger påvirker terapi (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006), ser det ut til at Weinberg og Eig kan ha rett. Arnkoff, Glass og Shapiro (2002) fant i sin analyse at det var blitt publisert syv empiriske studier på temaet mellom 1956 og 1963. Mellom 1965 og 1989 fantes det bare åtte publiserte empiriske studier på temaet (Arnkoff, et al., 2002). Mellom 1990 og 2000 fant de imidlertid ni publiserte artikler. Det viser altså en økt interesse for variabelen *forventning* (ibid). Siden Arnkoff et al.s analyse har det også blitt publisert en rekke studier som har fokusert på forholdet mellom forventning og utfall.

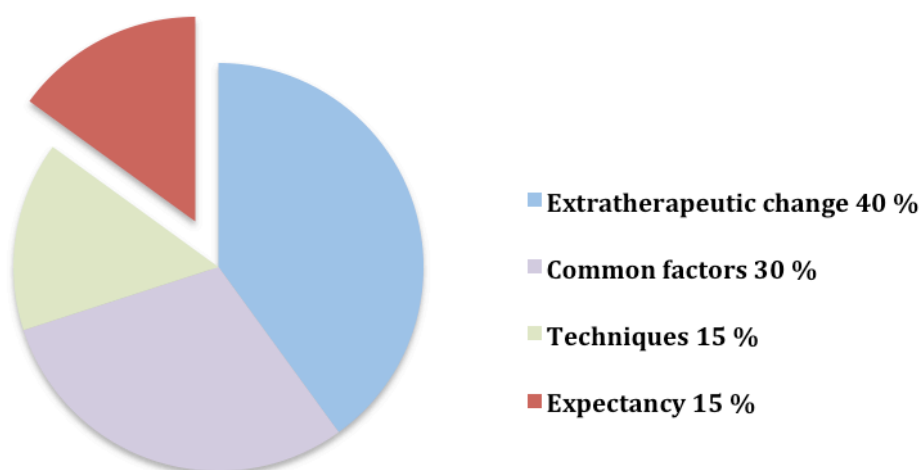
Frank, Gliedman, Imber, Stone og Nash foreslo allerede i 1959 at forventninger om bedret utfall var en av de viktigste fellesfaktorene i alle terapitilnærminger. De hevdet at forventningsvariabelen kunne være grunnen til at man fant lik effektivitet på tvers av ulike metoder (ibid). Dette er også i samsvar med Frank og Frank sin påstand om at håp er et *felles grunnlag* for at all psykoterapi fungerer, og de ser følgelig på håp som en grunnleggende prosessvariabel (Frank & Frank, 1991). Kirsch foretok i 1990 en grundig analyse av litteraturen og konkluderte med det samme. I ettertid har også andre støttet oppunder antagelsen om at håp er en grunnleggende prosessvariabel, hvor for eksempel Snyder og Taylor (2000) hevder at *håp* er en ekstremt viktig fellesfaktor for å kunne oppnå positiv endring i psykoterapi. I oversatte tekster fra Freuds originale verk finner vi at Freud selv har hatt følgende uttalelse: ”forventninger farget av håp og tro er en effektiv kraft som vi må huske på... i *alle* våre forsøk på behandling (s. 289, vår oversettelse) (Freud, Strachey, & Freud, 1953). Frank foreslo på lik linje allerede i 1973 at mobilisering av håp og positive forventninger er en nøkkelfaktor i mange former for behandling (Frank, 1961). Han hevder at håpet kan styrke klienten til å tro på en bedre framtid (ibid).

Selv om klienters håp og forventninger lenge har blitt ansett som en fellesfaktor som påvirker terapien, har dets *betydning* muligens vært undervurdert (Greenberg, et al., 2006). Vi har nå sett at en rekke forskere har konkludert med at håp og forventning om bedring er en av de viktigste fellesfaktorene (Hanna, 2002; Lambert, et al., 2004). På basis av en analyse av forskningen fra de siste fire tiårene estimerer Lambert og Barley at minst 15 % av bedringen

til pasienter kan forklares av effekten av forventninger (Lambert & Barley, 2001). I figur 1 presenteres Lambert og Barleys (2001) modell hvor de deler forklaringsvariansen for utfallet i psykoterapi inn i fire kategorier. Prosentandelene er basert på omfattende forskning på utfall i psykoterapi og metaanalyser som har foregått over flere tiår¹ (ibid). Her ser vi at *forventningseffekter* regnes å være like betydningsfulle som *teknikk*. I denne modellen skiller de forventinger fra *fellesfaktorer*, som regnes å stå for 30 % av bedringen i terapi. Den siste kategorien er *faktorer i klienten eller i miljøet*, som regnes å stå for 40 % av forklaringsvariansen til bedringen i terapi. Ved at Lambert og Barley viser oss at forventningseffekter og teknikk kan se ut til å ha like stor betydning på utfallet, gir de oss et bilde på hvor viktig det er at terapeuter fremmer klienters forventning om bedring.

FIGUR 1

Lambert og Barleys modell for forklaringsvariansen av utfall i psykoterapi



På grunnlag av fellesfaktorlitteraturen identifiserte Hanna i 2002 syv prinsipper som han mente var essensielle for endring i psykoterapi. Et av disse prinsippene var *håp om endring*, sammen med *følelse av behov for endring*, *villighet til å oppleve vanskelige følelser*, *bevissthet om at et problem eksisterer*, *konfrontering av problemet*, *anstrengelse mot endring* og *sosial støtte for endring*. Prinsippet *håp om endring* beskriver Hanna som klientens realistiske forventning om at endring kan skje. Han hevder håp fungerer som en katalysator for de andre endringsprinsippene ved at håp kan dempe angst, redusere apati og øke selvtilliten for å konfrontere problemet. Han slår følgelig fast at disse endringsprinsippene er

¹ Fotnote 1: Prosentandelene er ikke presist statistisk estimert

fundamentale elementer som ligger til grunn for alle teorier, manualer, terapitilnærminger og prosedyrer (ibid). Goldfried og Davila (2005) utarbeidet på lik linje noen prinsipper for endring som de hevdet var felles på tvers av ulike terapiretninger. Et av prinsippene for endring var *fasilitering av forventning om bedring*. Dette er i samsvar med Frank som allerede i 1961 understreket at forventninger og håp om at endring er mulig, er essensielt for at endring skal skje (Frank, 1961).

Både klinisk erfaring og empirisk forskning viser til at selv den mest effektive tilnærmingen ikke vil ha effekt dersom klienten verken har tro på endring eller ønsker å endre seg (Prochaska & DiClemente, 2005). Terapeutens oppgave blir derfor å bringe inn et minimumsnivå av optimisme og motivasjon i en terapeutisk prosess (ibid). Det blir viktig at terapeuten snakker med pasienten om forventninger til behandlingen tidlig i terapien (Connolly Gibbons, et al., 2003), og sammen med klienten må terapeuten finne ut hvordan de skal jobbe mot de målene de ønsker å nå. I den prosessen er det ikke bare viktig å vurdere klientens symptombylde, men også vurdere klientens ressurser, kapasitet og forventning som vedkommende bringer med seg inn i terapien (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011). Å utforske klientens forventninger og ressurser, i tillegg til at terapeuten foreslår hvilke intervensjoner som vil kunne være nyttig, er en viktig og ømfintlig oppgave, som vil påvirke alliansen mellom terapeut og klient (Horvath, et al., 2011).

Spørsmålet som det ofte rettes fokus mot er: *"vil klientens forventning om hvordan terapien vil gå, påvirke hvor virkningsfull terapien vil bli?"* (Greenberg, et al., 2006). Svaret på dette spørsmålet har både blitt undersøkt teoretisk og empirisk, hvor svaret har vært et kvalifisert "ja" (ibid). Innledningsvis så vi at Lipkin allerede i 1954 dokumenterte en sammenheng mellom klientens forventning og utfallet i terapi. I de senere årene har det blitt foretatt flere studier, hvor for eksempel Irving et al. (2004) fant at klienter med høyt nivå av *håp* i begynnelsen av terapi, hadde mindre nivå av symptomer ved avsluttet terapi. Dette ble undersøkt mot en kontrollgruppe med lavt nivå av *håp* i begynnelsen av terapien, som rapporterte signifikant svakere fungering ved avsluttet terapi. Goldstein og Shipman (1961) fant allerede i 1961 at pasientens *forventninger om symptomreduksjon* korrelerte positivt med *symptomreduksjon* ved endt behandling. Friedman og Baltimore fant også så tidlig som 1963 at de klientene som rapporterte reduksjon i symptomnivå oftere hadde forventet denne bedringen, og skilte seg signifikant fra de klientene som ikke hadde forventet bedring. I nyere tid har Price (2008) støttet oppunder disse resultatene da han fant at jo høyere forventning om bedring klienten hadde i starten av terapien, jo bedre utfall ble det. Price (2008) understreker

at disse resultatene foreslår at terapeuter kan påvirke bedringen til klienter gjennom å fremme positive forventninger i den innledende fasen av terapien.

Videre har forskning vist at individer med lavt nivå av håp ser ut til å ha større tilbøyelighet til å ha negative tanker omkring hva de kan oppnå i terapi (Snyder, et al., 1991). En rekke studier har også sett en sammenheng mellom håpløshet og økt sjanse for selvmord (Beck, et al., 1989; Conner, et al., 2001; Lester & Walker, 2007; Smith, et al., 2006). Generelt har håpløshet sett ut til å fungere som en mediator mellom sårbarhet og depresjon (Abramson, et al., 1999; Haefffel, Abramson, Brazy, & Shah, 2008). Gitt håpets betydning for senere *engasjement* og *utfall* i terapien, er det viktig å studere håp og forventninger mer nøye. Samlet sett viser de overnevnte studiene at det ikke er tvil om at håp vil påvirke hvordan klienter føler seg, og deres evne til å arbeide effektivt i behandlingen (Coppock, Owen, Zagarskas, & Schmidt, 2010).

1.2 Den terapeutiske alliansen

Forventning om bedring kan påvirke motivasjonen til å inngå i behandling. Kanskje vil forventning om bedring føre til at klienten blir mer dedikert til arbeidet som gjøres i terapien? (Arnkoff, et al., 2002). Snyder et al. (1991) identifiserte gjennom en rekke studier at individer som rapporterte mer håp, også hadde mer energi, hadde mer selvtillit og var mer målrettet sammenlignet med individer som rapporterte lavt nivå av håp. Goldfried og Davila (2005) hevder at fasilitering av en optimal *terapeutisk allianse*, som inneholder positive forventninger og motivasjon for endring, er essensielt for at en endringsprosess skal skje. De understreker videre at fasilitering av håp og forventninger skjer *innenfor rammen av alliansen* mellom klient og terapeut, i kraft av hva terapeuten formidler.

I dag finnes det ikke mye forskning på forholdet mellom allianse og forventninger, men den forskningen som foreligger indikerer at positive forventninger om bedring er assosiert med utviklingen av en mer positiv allianse (Connolly Gibbons, et al., 2003; Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003). Meyer et al. (2002) fant i sin studie at positive forventninger predikerte både klientens bidrag til alliansen og utfallet av terapien. Dette kan være en indikasjon på at forholdet mellom forventninger og utfall blir mediert av den terapeutiske alliansen mellom klient og terapeut (ibid). Det er imidlertid for tidlig å trekke slutninger om hvordan forholdet mellom forventninger og allianse, sammen med utfall er. Westra, Dozois og Marcus (2007) fant i sin studie indikasjoner på at positive forventninger kan virke inn på bedret utfall ved at klienten blir mer engasjert i arbeidet i terapien. Connolly Gibbons et al. (2003) hevder at klienter med høyere nivå av håp, vil være mer tilbøyelig til å

inngå i et samarbeid med terapeuten, mens klienter med lave nivå av håp vil holde mer avstand til terapeuten. De fant at klienter med høyere nivå av forventning om bedring, utviklet bedre allianse med terapeutene, sammenlignet med de klientene som hadde lavere forventning om bedring. Connolly Gibbons et al. (ibid) hevder at disse resultatene viser oss hvorfor klienter med lavere nivå av håp får dårligere utfall i terapi.

Goldfried og Davila (2005) hevder at alliansen er med på å fremme forventningene om bedring til klienten. Larsen og Stege utførte en studie i 2012 hvor de intervjuet klienter etter endt terapi om hvordan terapeuten deres hadde gitt dem håp. I denne undersøkelsen fremhevet klientene at en kritisk komponent av håp var innkapslet i den terapeutiske alliansen. Innenfor alliansen trakk de frem at *trygghet, følelse av å bli hørt og forstått, og følelse av investering fra terapeuten* var betydningsfulle elementer (ibid). Dette gir oss en tydelig indikasjon på at det er et samspill mellom håp og allianse som virker inn på utfallet.

Cutcliffe (2004) utførte en kvalitativ studie hvor de intervjuet terapeuter og klienter om håp. I denne studien hevdet både terapeutene og klientene at håpet var en essensiell del av bedringsprosessen, og videre at håpet var nært knyttet til effekten av et terapeutisk bånd. Dufault og Martocchio (1985) hevder at den terapeutiske alliansen gir et rom hvor håpet kan springe ut og at første steg til å bygge håp dermed blir å utvikle en god allianse.

Det blir tydelig at vi i dag ikke har nok kunnskap om forholdet mellom håp og allianse, knyttet til utfall. Om håpet styrker relasjonen som dermed fører til bedre utfall, eller om relasjonen styrker håpet som deretter fører til bedring er for tidlig å trekke slutninger om.

1.3 Implisitte manifestasjoner for å fremme håp

Vi har nå forstått at interessen for variablene *håp* og *forventning* har økt den siste tiden (Greenberg, et al., 2006). Dermed har det de siste årene blitt gjennomført kvalitative studier for å øke kunnskapen om hva som er håpbringende for klienter som kommer i terapi. I studien til Larsen og Stege (2012) identifiserte klientene flere prosesser som var håpbringende. Intervensjoner som oppmuntret klienten til å tenke positivt om seg selv ble svært ofte trukket fram, hvor håpet ble sagt å være nært knyttet til måten de så på seg selv. Det å få kontakt med verdifulle aspekter ved seg selv i tillegg til å få ny forståelse for seg selv bidro til følelse av håp. Dette innebar å få identifisert egne ressurser og behov. Frank og Frank (1991) trakk fram hvordan klienter ofte er demoralisert når de starter i terapi, hvor de er usikre på hvem de er og hvordan de kan komme seg videre. Ofte føler klienter at de ikke mestrer det som kreves av dem, og at de ikke er verdt noe bedre liv (ibid). Klientene i Larsen og Stege (2012) sin studie fikk blant annet håp gjennom intervensjoner som økte selvfølelsen, spesielt gjennom å få

bekreftet at de var verdt terapeutens oppmerksomhet og involvering (ibid). Andre faktorer som gav disse klientene kontakt med håpet, var å ha samtaler om hva klientene ønsket å oppnå (ibid). Mange klienter trakk fram at det å snakke eksplisitt om håp gav dem en følelse av å ha evner til å kunne klare å nå målet sitt, og at det hjalp dem til å tydeliggjøre håpet og åpnet en vei til det de ønsket i livet. En av klientene deres uttrykket dette ved å si: ”håp er for meg en katalysator for hva jeg trenger å gjøre, eller hvor jeg trenger å gå eller hvor jeg trenger å være” (s. 48, vår oversettelse). Det at terapeutene trakk fram klientenes kapasitet til å kunne få til endring, gav dem en følelse av at ”dette klarer jeg”. Dermed var det fokus på hva de faktisk kunne klare som gav dem håp, i motsetning til å samtale rundt deres begrensninger (Larsen & Stege, 2012).

I Larsen og Stege sin studie trakk andre klienter fram at et viktig aspekt for å utvikle følelse av håp om bedring, var perspektivendring. Klientene opplevde følelse av håp ved å få nye og utvidede måter å se ting på, føle på og handle på. Perspektivendringen kunne både dreie seg om nye måter å se seg selv på, identifisere styrker og/eller se nye måter å løse ting på. Perspektivendringen kunne komme fra terapeuten, eller at terapeuten bygget på ideer klienten selv kom med (Larsen & Stege, 2012).

Hanna (2002) legger vekt på at terapeuter må være forsiktige med å snakke eksplisitt om håp, da det kan være en fare for at klienten opplever at hans fortvilelse ikke blir oppfattet fullstendig. Det er viktig at klienten føler seg hørt, og at de ikke føler et påtvunget håp (ibid). Flere har støttet oppunder at håp er et implisitt aspekt i den terapeutiske prosessen (Cutcliffe, 2004; Larsen, Edey, & Lemay, 2007), hvor for eksempel Frankl (2006) understreket at håpet ikke kan bli påtvunget gjennom kommandering. Det blir dermed rimelig å anta at følelse av håp fremmes gjennom visse menneskelige kvaliteter og gjennom alliansen mellom klient og terapeut (Cutcliffe, 2004). Det er imidlertid ulike meninger om håp skal bli adressert eksplisitt eller implisitt i terapi (Larsen, et al., 2007). Enkelte har støttet tanken om å både adressere håp eksplisitt og implisitt (ibid), men med den begrensede forskningen som foreligger per dags dato omkring dette temaet, er det for tidlig å trekke slutninger om hva som er best.

Hanna (2002) trekker fram at det er svært vanlig å tilnærme seg håpet på implisitte måter. Han beskriver den implisitte tilnærmingen på følgende måte: ”gaven av håp er gaven av å se på framtiden som ønskelig. Dermed blir fasilitering av håp gjort gjennom enhver tilnærming som kan gjøre framtiden mer utholdelig” (s. 265, vår oversettelse). Dette er i samsvar med Larsen og Stege sin undersøkelse hvor de fant at klienter følte at perspektivendring gav dem håp, da perspektivendringsintervensjoner gav dem nye måter å se på framtiden (Larsen & Stege, 2012). Russinova (1999) utarbeidet en konseptuell modell hvor

hun hevder at det å øke klientens håp handler om mer enn at terapeuten er positiv til endring, og hevder videre at terapeuter bruker ulike håpbringende strategier. På bakgrunn av litteraturgjennomgang av utfallsstudier, og hennes egen erfaring med å jobbe med mennesker med psykiske lidelser, formulerte Russinova noen strategier i denne modellen for hvordan terapeuter kan fremme håp (Russinova, 1999). Russinova delte disse strategiene i tre ressurskategorier, hvor den første dreier seg om å benytte interpersonlige ressurser som håpinspirerende strategier. Denne kategorien består blant annet av at terapeuten skal vise tro på klientens potensiale og ressurser, ha fokus på klienten som verdifull og lytte på en ikke-dømmende måte til klientens erfaringer. Den andre kategorien som Russinova hevder terapeuter kan benytte for å fremme håp, er strategier som mobiliserer indre ressurser. Måter terapeuten kan gjøre dette på er for eksempel å hjelpe klienten til å sette konkrete mål, hjelpe klienten til å huske tidligere mestringsopplevelser, eller hjelpe klienten til å utvikle bedre mestringsstrategier. Den siste kategorien som Russinova har utarbeidet dreier seg om å utnytte eksterne ressurser. Her trekker hun for eksempel fram at dette kan gjøres gjennom å støtte klienten til å starte utdanning, hjelpe klienten inn i selvhjelpsgrupper eller hjelpe klienten til medisinerings.

Det er tydelig at forholdet mellom håp og bedring er komplekst. Russinova (1999) hevder at terapeuters bevissthet om hvor viktig håpinspirerende strategier er, vil være et kritisk element for utfallet. Det blir tydelig at terapeuter kan bringe håp i klientens tilværelse på en rekke måter, og at vi trenger mer forskning som viser oss hvordan ulike terapeuter gjør dette i dag.

1.4 Problemformulering

Håp er et sentralt endringsprinsipp i psykoterapi. Wampold (2010a) trekker fram at dyktige terapeuter formidler håp til sine klienter om at klienten vil oppnå bedring, til tross for eventuelle tilbakefall. Som tidligere nevnt har det imidlertid blitt gjort lite forskning på *hvordan* håp blir formidlet (Larsen, et al., 2007; Larsen & Stege, 2010; Miller, 1989), og *hvordan* håp og forventninger innvirker på utfallet i psykoterapi (Weinberger & Eig, 1999).

I denne oppgaven ønsker vi å bidra til økt forståelse om hvordan terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og forventning. Dette vil vi gjøre gjennom å analysere hvordan en gruppe svært erfarne terapeuter gjør dette i den innledende fasen av terapi. På bakgrunn av forskningen som viser at forventninger og håp om bedring kan ha stor sammenheng med utfallet av terapi, ønsker vi å ha følgende veiledende forskningsspørsmål:

Hvordan adresserer og fremmer svært erfarne terapeuter opplevelsen av håp og positiv forventning om bedring i den innledende fasen av terapi?

Ideen om at håp må bli opplevd i starten av terapien, har mottatt stor støtte og anerkjennelse (Goldstein, 1962; Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993). Studier har vist at bedring kan skje i de tidligste stadier av psykoterapi, og allerede før klienten har lært nye teknikker eller mekanismer for endring (Fennell & Teasdale, 1987; Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Ilardi & Craighead, 1994). Det er på bakgrunn av slike funn at bedringen blir antatt å være et produkt av *faktorer som er felles* på tvers av terapier.

I dag har vi lite kunnskap om svært erfarne terapeuters atferd i den innledende fasen av terapi (Oddli & Rønnestad, 2011). Å få et tydeligere bilde av hvordan terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positiv forventning, vil kunne gi verdifull kunnskap til forståelsen av effektiv terapi.

1.5 Begrepsavklaring

Vi vil nå presentere definisjoner og drøftinger som skal fungere som et grunnlag før vi går inn i analysen og resultatene av denne studien. Her vil det bli presentert utfordringer ved å operasjonalisere og differensiere begrepene *håp, forventning, motivasjon, tro, optimisme og placebo*.

1.5.1 Håp og forventning

Det finnes en rekke definisjoner på begrepet håp (Herrestad, 2009). Selv om det har blitt gjort mange forsøk på å utforme en universell definisjon av håp, er det ingen som har lyktes med dette (Houghton, 2007). Håp er ikke et begrep som er lett å måle, men likevel så viktig i møte med klienter (Herrestad, 2009). Litteraturen gir oss et bilde på begrepet håp som u håndgripelig, komplekst og flerdimensjonalt (ibid). Schrank, Stanghellini og Slade (2008) gjorde en omfattende gjennomgang av litteraturen innenfor psykisk helsevern i 2008, og fant 49 ulike definisjoner av håp. Selv om håp anses som en viktig helbredende faktor i terapi, finnes det ingen utbredt enighet om hva begrepet håp faktisk innebærer (Herrestad, 2009).

Uavhengig av hvilken definisjon man ser på er håp i hovedsak beskrevet som å være koblet til framtiden og som en mektig ressurs på vei ut av vanskeligheter (Wahl, et al., 2004). Håp og forventning er nært knyttet til hverandre, hvor begge begrepene handler om å se framover. Når Travelbee (1971) definerer håp beskriver hun det som en mental tilstand som er karakterisert av ønsket om å nå et mål, kombinert med *forventning* om at det er oppnåelig.

Stoner og Keampfer (1985) definerer håp som en ubevisst forventning om et positivt aspekt i framtiden. Innenfor ulike terapitradisjoner har håp ofte blitt brukt for å angi en *forventning* om et positivt utfall (Gottschalk, 1974). Dette er likhet med Stotland (1969) som definerer håp som ”en *forventning* større enn null for å nå et mål” (s. 2, vår oversettelse). Snyder (1994) har utviklet en kognitiv teori om håp, hvor håpet blir sett på som en mental tilstand som forutsetter at vedkommende har fått en oppfatning om at man har evne til å nå et mål gjennom egen handling. I følge Snyders definisjon forutsetter altså håpet at man har evne til å planlegge en vei mot målet (Snyder, 1994; Snyder, et al., 2000). Dufault og Martocchio (1985) definerer håp som en flerdimensjonell dynamisk livskraft karakterisert av en selvsikker, men likevel usikker forventning om å oppnå et betydningsfullt mål (ibid).

En rekke definisjoner inkluderer både begrepet *håp* og *forventning*. Disse begrepene er svært relatert til hverandre, og det er flere som har påpekt likhetene mellom håp og positive forventninger. Ilardi og Craighead (1994) hevder for eksempel at positive forventninger bare er et synonym for håp. Kanskje er det ikke mulig å definere håp tilfredsstillende, men heller belyse sider som kan bidra til økt forståelse? Sentralt i tankegangen om håp er antagelsen om at *følelse av håp* er behagelig. Følelse av håp hjelper klienter til å holde ut i vanskelige perioder og gjør veien mot bedring lettere (Houghton, 2007; Rustøen, et al., 2003). Håp blir således sett på som en mestringsressurs (Rustøen, et al., 2003). Russinova (1999) trekker også fram betydningen av det interpersonlige aspektet i begrepet håp. Hun hevder at håp oppstår mellom to personer i en relasjon, og det er en delt erfaring mellom dem (ibid).

Kanskje finner vi distinksjonen mellom håp og forventninger i semantikken (Dew & Bickman, 2005). Forventninger kan være positive eller negative, mens begrepet *håp* impliserer utelukkende noe positivt. En klient kan ikke oppleve negativt håp, men vedkommende kan ha negative forventninger. I denne oppgaven anser vi håp for å være *en subjektiv oppfatning om at bedring er mulig*, og velger i denne sammenhengen å se på håp og positive forventninger som synonymer, i likhet med Ilardi og Craighead.

1.5.2 Tro

Håp er nøye knyttet til tro (Fromm, 1971). Tro er kjennskap til en reell mulighet, men på samme måte som håpet, er ikke tro en forutsigelse av fremtiden. Imidlertid er tro en visjon av nåtiden og hva den består av (Fromm, 1971). Tro er en visshet om at noe virkelig er mulig, men likevel ikke en absolutt sikkerhet. Håpet kan beskrives som den sinnstilstand som ledsager tro. Troen kan ikke opprettholdes uten håp, og håpet kan bare bygge på tro (ibid).

1.5.3 Motivasjon

Klientens forventning om terapien vil være nyttig, skilles ofte fra klientens *motivasjon* for behandlingen (Rosenthal & Frank, 1956). Klientens motivasjon vil innebære et ønske om endring, samt villighet til å inngå i et samarbeid hvor timer blir overholdt og arbeid blir gjort mellom timene. Imidlertid kan en klient vært svært motivert for å få det bedre, men ha lave forventninger og håp om at psykoterapi kan hjelpe dem til det (Rosenthal & Frank, 1956). Mangel på motivasjon kan gi følelse av håpløshet (Herrestad, 2009).

1.5.4 Optimisme

Optimisme handler i likhet med håp om å se framover. Likevel kan ikke disse to begrepene bli sett på som identiske. Optimisme kan oppfattes som mer overfladisk og selvsentrert, mens håp anses for å være noe utover optimisme (Madeleine & Vaillot, 1970). Optimisme vil ikke alene kunne gi håp, men optimistiske omgivelser kan *styrke* et håp. Således kan optimisme betraktes som viktig for håpet (Rustøen, 2006)

1.5.5 Placebo

Placeboeffekt kan bli forstått som en bedring som har blitt forårsaket hovedsakelig av mobilisering av klientens forventning av den behandlingen hun får (Frank & Frank, 1991; Rosenthal & Frank, 1956). Effekten kan være sterk, med bedring i psykologisk fungering (ibid). Placebo-begrepet stammer fra det medisinske feltet (Critelli & Neumann, 1984), hvor de vedkjenner at en behandling ikke bare vil bestå av farmakologiske karakteristika, men også av tilfeldige ingredienser (Wampold, 2001). Pasientens forventning om at den farmakologisk behandlingen vil fungere, favnes under slike tilfeldige ingredienser, og vil kunne være med på å ha en hjelpende effekt. Slik kan pasientens forventning være med på å styrke kraften av den medisinske behandlingen. I det medisinske feltet blir disse effektene kalt placeboeffekter, og er antatt å stamme fra psykologiske prosesser (ibid). I det psykologiske feltet blir det umulig å se på placebo på samme måte siden alle effekter som oppstår i psykoterapi er psykologiske. Det er altså ikke mulig å fjerne psykologiske effekter, slik at man bare får studert spesifikke faktorer, siden terapi alltid vil bli gitt gjennom en terapeutisk allianse (ibid). Mye av effekten av psykoterapi er knyttet til klientens forventninger (Kirsch, 1990), og det er samme mekanisme som produseres av placebo (Wilkins, 1979). Placeboeffekt refererer imidlertid til en bedring som har funnet sted, og skiller seg fra *forventning*, *håp*, *tro* og *motivasjon* som dreier seg om karakteristika hos klienten (ibid).

Det blir åpenbart at håp, tro, forventning, motivasjon, optimisme og placebo er nært knyttet til hverandre. Likevel har de enkelte karakteristika som gjør at de blir fem ulike begreper, som vi har sett nærmere på ovenfor. Det kunne med all sannsynlighet vært tilføyd flere definisjoner av disse begrepene, men de ville likevel ikke være tilfredsstillende for alle. Fromm (1971) hevdet for eksempel at ord ofte ville virke mot sin hensikt ved at de tåkelegger, dissekerer og dreper det som man beskriver. Han hevdet at når det snakkes om håp mister man alt for ofte kontakt med begrepet. Likevel var det viktig for oss å beskrive disse begrepene slik vi nå har gjort. På den måten fikk vi fremhevet visse sider ved dem og opprettet en kontakt mellom forfatternes og lesernes forståelse av begrepene. Videre vil vi forsøke å se nærmere på begrepet håp, og ulike måter å forstå det på.

1.6 Om begrepet håp

Som nevnt ovenfor definerer vi håp som en subjektiv oppfatning om at bedring er mulig, hvor håp og positiv forventning blir ansett som synonymmer i denne sammenhengen. Denne definisjonen er i samsvar med den kognitive tradisjonen, som de senere årene har fått mye oppmerksomhet. Snyders (1994) kognitive håpsteori, som er den mest fremtredende innenfor denne tradisjonen, har dog blitt kritisert for å være litt snever, da nyere forskning ser på håp som multidimensjonell (affektiv, relasjonell, kognitiv, handling, kontekstuell, temporal), dynamisk, essensielt for livet, fremtidsrettet, personlig, og målorientert (Larsen, et al., 2007). Samtidig utelukker Snyders definisjon at man kan håpe om ting man ikke selv kan påvirke. Likevel, på tross av dette avgrensede synet på håp, retter håpsteorien til Snyder fokus mot det viktige aspektet ved å ha klare og tilgjengelige mål i terapi.

I motsetning til det vi intuitivt ville trodd, har det blitt fremsatt færre teorier om det emosjonsbaserte håpet. 1700-talls filosofen David Hume anså *håp* i seg selv for å være en følelse, og knyttet det til nytelse, der motpolen er følelsen *frykt for smerte* (Herrestad, 2009). Dersom et gode eller et onde er usikkert, vil det vekkes en blanding av smerte og nytelse, men hvis blandingen har overvekt av nytelse mener Hume at det kan kalles håp, og overvekt av smerte kan kalles frykt. Ser man det som sannsynlig at det blir slik man ønsker, vil man kunne fatte nytt håp, mens dersom sannsynligheten synker kjenner man frykt. Slik kan man svinge fram og tilbake mellom håp og frykt, i følge Hume (Herrestad, 2009). I terapi kan man tenke seg at klientens frykt for vedvarende psykiske problemer vil kunne skape en følelse av håpløshet, slik at terapeutens oppgave blir å hjelpe klienten til å få en følelse av økt sannsynlighet for bedring. Det er dog nødvendig å poengtere at det er en viktig distinksjon mellom håpløshet, som er fravær av positive forventninger, og det å være fylt av negative

forventninger, som blir kalt fortvilelse (Geffken, et al., 2006). Håpløshet blir ofte assosiert med depresjon, samtidig som at håpløshet ikke utgjør en depresjon da det er mulig å være deprimert, men samtidig tro på at episoden vil kunne overkommes (Beck, Kovacs, Steer, & Garrison, 1985).

Som nevnt innledningsvis er håp en viktig faktor i menneskelig fungering, og det er få aspekter ved oss som kan bli forstått uten å se på den enkeltes syn på fremtiden. Det lille barnet lærer tidlig om verden er til å stole på eller ei, og i følge Erikson (1964) vil håp være et resultat av at spedbarnet opplever trygge omgivelser. Trygg tilknytning til omsorgspersoner vil gi spedbarnet modeller for effektive målrettede aktiviteter, og det antas at dette bidrar til at barnet tidlig lærer basiskomponentene ved håp (Snyder, 1994). Tilknytning sørger for et miljø der barnet lærer å tenke om seg selv som effektive i arbeidet mot måloppnåelse. Dermed blir håp et element i en sunn kognitiv utvikling (Erikson, 1964), der langtidseffektene av en trygg tilknytning er bidraget til den voksnes følelse av agens og målrettet adferd (Snyder, 1994).

Flere studier har illustrert hvordan høye håpskårer hos voksne er positivt relatert til å mestre stressende situasjoner. Dermed er det kanskje heller ingen overraskelse at barnets tidlige opplevelser med hindringer fra måloppnåelse former grunnlaget for det håpefulle sinnet (Snyder, 1994). Det blir dermed nærliggende å anta at håp fundert i en trygg tilknytning, vil kunne være en beskyttende faktor for å håndtere stress og andre psykiske og fysiske problemer senere i livet. I dag foreligger det svært få studier som har sett på langtidseffektene av håp, men Valle, Huebner og Suldo (2006) viste at håp har trekkliknende egenskaper da de undersøkte selvmordsforsøk blant ungdomsskole- og videregående elever i en longitudinell studie. De fant at ungdommer med høy håpskåre rapporterte høyere livstilfredshet etter ett år (ibid). Forøvrig har studier vist at høye håpskårer både hos voksne og barn er relatert til mindre rapportert depresjon, økt følelse av selvverd, indre kilde til kontroll, og som buffer mot stress (Snyder, 1994; Valle, et al., 2006). Starten på livet vil altså kunne være et viktig utgangspunkt for håp som beskyttende faktor senere i livet. Dessverre er ikke alle spedbarn i slike håpskapende omgivelser, og forøvrig der håp er skapt kan begivenheter i livet svekke det. Det er ofte disse demoraliserte menneskene vi møter i psykoterapi (Frank & Frank, 1991), og med det vi nå vet om betydningen av håp som beskyttende faktor i livet, og som ressurs for å oppnå bedring i terapi, blir det viktig at terapeuten hjelper klienten til å finne håp på ulike måter. Selv om håp har en trekkliknende natur, regner man med at den kan forandres eller læres blant annet gjennom terapi (Valle, et al., 2006). Dette støttes av studier som viser at en terapeut potensielt kan påvirke hvor raskt en

klient blir bedre ved å fremme positive forventninger om utfall i starten av terapien (Price, 2008).

2.0 Metode

Kvalitativ forskning har mye å tilby når hensikten er å utarbeide ny forståelse for visse aspekter i den terapeutiske prosess (McLeod, 2001). For vår studie var kvalitativ tilnærming et naturlig førstevalg, da hensikten var å analysere hvordan terapeutene adresserte og fremmet opplevelsen av håp og positive forventninger. Kvalitative metoder egner seg godt i slike områder som vårt hvor det som skal utforskes er sammensatt og komplekst, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar (Malterud, 2002). I en kvalitativ tilnærming vies oppmerksomheten til individets tenkemåte og motiver (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009), og man bestreber å synliggjøre og løfte fram informantenes stemme (Ragnheiður & Moen, 2011). Fokuset ligger på å utforske prosesser, og beskrive og tolke disse (Smith, 2008). På den måten kan kvalitativ forskning være eksplorerende og hypotesegenererende, som i neste omgang kan bidra til inspirasjon for mer spesifikk kvantitativ forskning (Charmaz, 2006). Uavhengig av hvilken tilnærming som velges under kvalitativ metode, kjennetegnes denne måten å forske på av at man tar for seg et lite, relativt ensartet og geografisk begrenset felt og går i dybden på det (Bryant & Charmaz, 2007).

Når vi ønsker å analysere hvordan håp og forventninger adresseres og fremmes i terapi, tenker vi at en kvalitativ tilnærming vil kunne ha potensial til å gi oss ny forståelse om prosessene som foregår knyttet til håp. I møte med et felt der det finnes lite tidligere forskning, vil kvalitativ tilnærming være fruktbar siden den åpner for å finne og beskrive nye fenomener i den aktuelle konteksten (Charmaz, 2008).

2.1 Grounded theory

Som metodisk tilnærming til analysen av materialet vårt har vi valgt å ta utgangspunkt i consensual qualitative research og grounded theory. Grounded theory er en kvalitativ tilnærming som strever etter å utarbeide en *teoretisk* forståelse av et psykososialt fenomen som er forankret (grounded) i datamaterialet (Gordon-Finlayson, 2010). Dette er en av mange former for kvalitative analyser, hvor grounded theory i dag er den mest brukte og mest populære formen innenfor kvalitativ forskning (Bryant & Charmaz, 2007). I grounded theory blir forskeren ansett som en aktiv deltager i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli helt fullstendig (Malterud, 2002). Noe av det som gjør tilnærmingen så attraktiv er et sett med eksplisitte veiledningsprinsipper som eksisterer. I tillegg har det blitt publisert en rekke artikler som kan fungere som eksempler på å løse utfordringer man møter i prosessen

(McLeod, 2001). Grounded theory er en systematisk, men fleksibel måte å analysere kvalitative data på (Charmaz, 2006).

En sentral tanke i grounded theory er at analysene skal være forankret i materialet, og være fenomen-nære. Analysene skal altså ikke styres av eksisterende teorier eller hypoteser (Charmaz, 2008). Analyseprosessen skiller seg dermed fra kvantitativ analyse hvor forutinntatte kategorier eller koder benyttes (Charmaz, 2006). Grounded theory muliggjør samtidig at flere forskere kan undersøke samme data og komme til enighet. Dette vil kunne reduserer skjevheter forbundet med at bare en person analyserer dataene (Hill, et al., 2005). Tilnærmingen egner seg spesielt godt for å studere fenomener som oppstår ved ulike tidspunkt, og som det ikke har blitt utarbeidet noen metode for å måle (ibid).

Grounded theory-tilnærmingen består av en omfattende analyseprosess (Gordon-Finlayson, 2010). I analyseprosessen forsøker vi å lære hva som oppstår i den settingen vi studerer. Etter hvert blir dataene separert og sortert gjennom kvalitativ koding. Disse kodene, konstruksjonene og til slutt teorien som utarbeides, er således en konstruksjon av virkeligheten. Det er slik vi får en grounded theory (ibid). Malterud (2002) hevder at en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som vil skille en vitenskapelig tilnærming fra overfladisk synsing. Dermed blir det vår jobb å stoppe opp under hele prosessen, tenke oss om og holde alternative tolkninger og versjoner opp mot hverandre.

2.2 Utvalg

Studien vår er en selvstendig del av en større studie, *An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy* under prosjektledelse av Michael Helge Rønnestad ved Universitetet i Oslo. Prosjektets overordnende mål er å utdype forståelsen om den interpersonlige endringsprosessen som foregår i psykoterapi når klienter oppsøker hjelp (Rønnestad, 2009). 19 svært erfarne terapeuter har deltatt i overnevnte studie, og terapeutene måtte oppfylle følgende kriterier for å kunne delta: (1) ha meget lang erfaring som psykoterapeuter (dvs. minimum 15 år); (2) være spesialister i klinisk psykologi (autorisert gjennom Norsk Psykologforening) eller være spesialister i psykiatri (autorisert gjennom Norsk Legeforening); (3) være psykoterapeutlærer ved anerkjente utdanningsinstitusjoner, for eksempel på et universitet, og/eller andre utdanningsinstitusjoner godkjent som etterutdanningssteder av Norsk Psykologforening; og (4) være kliniske forfattere. Alle bortsett fra en hadde i tillegg privat praksis. Ut fra disse fire kriteriene kan terapeutene bli definert som ekspertterapeuter (Rønnestad, 2009).

Innenfor kvalitativ forskning er det ikke en primær målsetting at utvalget er randomisert (Halvorsen, 2002). Det sentrale i en kvalitativ studie er å fange opp sentrale elementer ved det fenomenet man undersøker, som vi antar har relevans utenfor den lokale konteksten vår studie utgjør (Malterud, 2002). Med denne kunnskapen i bakhånd forsøkte vi å utforme et strategisk utvalg ut fra terapeutene i prosjektets database. I prosjektet som vi har hentet materialet fra, foretas det et sluttintervju med hver terapeut etter endt terapi. Disse sluttintervjuene leste vi gjennom for å identifisere terapeuter som adresserte betydningen av håp i terapien de da hadde avsluttet. Etter at vi uavhengig av hverandre hadde foretatt en grundig gjennomlesing av de 32 sluttintervjuene som fantes i databasen, fant vi, med ett unntak, at dette ikke var et tema som ble adressert i sluttintervjuene. Dette førte til at vi endret strategi for utvalg av terapeuter. Vi valgte først å ta med den ene terapeuten som snakket om håp i sluttintervjuet. Dette ut fra en antagelse om at denne terapeuten ville gi rikholdige beskrivelser av håp, en seleksjonsstrategi som kan benevnes som strategisk. Deretter foretok vi et tilfeldig utvalg bestående av 7 terapeuter. To av de totalt 19 terapeutene ble ekskludert fra denne utvelgelsen, hvor begrunnelsen for å ekskludere disse var som følger: En av terapeutene hadde bedt om å ikke bli studert av studenter, et ønske som ble respektert. Den andre terapeuten som ble ekskludert hadde klienter med fremmedspråklig bakgrunn hvor terapiene dreide seg mye om organisering av tjenester i NAV og slike praktiske elementer. Ved å foreta dette valget mister vi informasjon om hvordan håp fremmes hos klientgrupper som i økende antall søker hjelp hos psykolog. Gitt hovedoppgavens sidetallsbegrensning ville det ikke være mulig å foreta en fordypet teoretisk analyse av resultatene fra klientene til denne terapeuten.

Etter den randomiserte utvelgelsen bestod det endelige utvalget vårt av åtte terapeuter og åtte klienter. Klientutvalget i studien som vi hentet materialet vårt fra, stammet fra terapeutenes egne private praksis. Eksklusjonskriteriene for klientene var: psykose, primær rusdiagnose, kjent nevropsykologisk skade, og alder under 18 år. Klientutvalget i vår studie består av fem kvinner og tre menn. To av klientene manglet det persondata på, mens gjennomsnittsalderen til de seks andre klientene var 35 år. Av disse seks klientene hadde alle høyere utdanning, tre klienter brukte antidepressiva, mens de tre andre klientene aldri hadde brukt psykofarmaka. Fire av de seks klientene hadde tidligere behandlingserfaring.

På bakgrunn av at håp og forventninger formidles i den innledende fasen av terapien (Friedman & Baltimore, 1963; Goldstein, 1962; Nietzel, et al., 1994), valgte vi å analysere de tre første timene til hver klient. Dette gav oss 24 terapitimer som skulle analyseres. Terapiene som ble gitt var ”vanlig” behandling (naturalistiske), altså ikke-manualiserte terapier.

Terapeutene i utvalget hadde forskjellige teoretiske profiler som vist i tabell 1. Terapeutene ble bedt om å angi i hvilken grad deres arbeid var påvirket av følgende teoretiske retninger på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad).

TABELL 1

Terapeutenes teoretiske orientering

Terapeutnr.	Analytisk	Atferd	Kognitiv	Humanistisk	Systemisk
1	0	2	4	3	5
2	0	2	4	5	2
3	4	1	2	2	0
4	2	2	4	2	4
5	4	2	3	3	0
6	3	3	4	5	3
7	3	4	4	3	3
8	3	0	3	0	5

Vi ser fra tabell 1 at over halvparten av terapeutene, det vil si terapeut nr 1,5,6,7 og 8 har en bred teoretisk orientering, hvor minst tre orienteringer blir vurdert på nivåer 3,4 eller 5.

Samtidig ser vi at terapeutenes teoretiske orientering varierer, hvor for eksempel terapeut nummer 1 vurderer seg til å ikke være påvirket av analytisk terapitradisjon i det hele tatt, mens terapeut nummer 3 vurderer seg til å være påvirket av analytisk terapitradisjon i stor grad.

To av terapiene som vi studerte var ikke avsluttet, men hadde ved skrivende stund over 30 timer. Gjennomsnittlig varighet på de seks terapiene som var avsluttet var 66,6 timer, hvor den korteste terapien var på 32 timer og den lengste var på 140 timer.

2.3 Etiske vurderinger

Psykoterapiprojektet som vi har hentet materialet vårt fra er i sin helhet godkjent av blant andre Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Rønnestad, 2009). Alle terapeuter og klienter gav på forhånd informert samtykke til å delta i studien, og det har gjennom hele prosessen som helhet blitt tatt mange hensyn for å sikre terapeuter og klienters anonymitet og integritet. I hele prosessen har vi hatt et bevisst forhold til å behandle materialet og informasjonen terapeutene og klientene gir, med respekt. Alle lydfiler og

transkripsjoner har hele tiden blitt oppbevart i låste skap eller på adgangsbegrensede datafiler. Lydfilene og transkripsjonene har kun vært merket med saksnummer, og i arbeidet med transkriberingen av materialet, ble navn på terapeuter, klienter, familie og annen sensitiv informasjon som for eksempel bosted og arbeidssted anonymisert. I denne studien har sakene fått nummer fra 1 til 8. Navn på terapeuter, klienter, familie og stedsnavn i sitater er forandret fra det opprinnelige. Utdanning og jobb er delvis beskyttet gjennom at det kun er angitt utdanningsnivå, og hvorvidt klientene er i arbeid eller ikke.

2.4 Analyseprosessen

Gjennom analyseprosessen skal det bygges en bro mellom rådata og resultatene. Dette gjøres ved at datamaterialet fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2002). Gjennom den enkelte informants historie og uttrykk skal vi vinne kunnskap som kan gjelde for flere (ibid). I den forbindelse har vi vært opptatt av å ha fokus på det originale materialet slik at vi kunne tilstrebe nærhet til råmaterialet. Det har vært viktig å ha en åpen og nysgjerrig holdning, og la materialet vårt snakke for seg selv. Selv ikke forskningsspørsmål trenger være helt fastsatt før man starter denne prosessen, men kan modifiseres underveis i møte med materialet (Charmaz, 2008). Boyatzis (1998) legger vekt på åpenhet og fleksibilitet slik at forskeren tillater seg å oppdage hypoteser og problemstillinger underveis i analyseprosessen. På den måten blir resultatene i størst mulig grad datadrevne, og ikke drevne av en forhåndsinnlagt teori (ibid). På grunnlag av dette har vi avgrenset oss fra formulerte hypoteser i forkant av analyseprosessen, slik at vi kunne stå friere til å oppdage aspekter ved håp i terapirelasjonen (Banister, 1994; Hill, et al., 1997).

Vårt opprinnelige forskningsspørsmål var: hvordan adresserer og fremmer svært erfarne terapeuter opplevelsen av håp og positiv forventning i den innledende fasen av terapi? I begynnelsen av analysen var rettet vi oppmerksomheten mot eksplisitte manifestasjoner om håp fra terapeuten. Imidlertid ble vi raskt klar over at terapeuter ikke alltid forholdt seg til håp direkte, men heller gjennom implisitte manifestasjoner. Vi fant med dette ut at vår opprinnelige tilnærming til temaet var for smal, og ikke ville gi oss muligheten til å oppfatte alle prosessene hvor terapeutene forholdt seg til håp. Ved å utvide vår tilnærming til å se på implisitte manifestasjoner av å fremme opplevelse av håp og positiv forventning, i tillegg til eksplisitte, vil vi kunne besvare forskningsspørsmålet vårt bedre.

Grounded theory består av en omfattende analyseprosess, hvor vi har hatt de eksisterende kodeprosedyrene som veileder gjennom hele prosessen (Hill, et al., 1997; McLeod, 2001). Nedenfor beskriver vi gangen i analysen vår i detalj. Imidlertid er

analyseprosessen i grounded theory en sirkulær prosess hvor man vil bevege seg fram og tilbake i ulike faser mens man analyserer materialet (Charmaz, 2008). Dette kjennetegner også vår analyse, noe som gjør det utfordrende å gi en eksakt gjengivelse av analyseprosessen vi har gått gjennom. Imidlertid gjør vi her et iherdig forsøk på å gi leseren en god oversikt.

2.4.1 Fase 1: Transkribering

Første steg i analyseprosessen innebar å lytte til de terapitimene som hadde blitt valgt ut. Alle terapitimene i prosjektet hvor vi hentet utvalget vårt fra, hadde blitt tatt opp på lydbånd. Dette gjorde at vi hadde lydopptak for alle de timene vi ønsket å analysere. Det forelå også transkripsjoner fra alle timene fra vårt tidligere arbeid på prosjektet som vitenskapelige ansatte. Charmaz (2008) anbefaler at forsker selv transkriberer eget materiale, og i vår studie har denne anbefalingen blitt fulgt. Vi satt da med et ferdig transkribert materiale på 661 sider. Variasjonen mellom den korteste og den lengste transkripsjonen var på 37 sider, og gjennomsnittet på hver terapitime omfattet 28 transkriberte sider.

Malterud (2002) legger vekt på at transkripsjonene ikke er virkeligheten, men en transkribert form av den. Hun hevder at transkriberingen alltid vil føre til en forvrengning av samtalerne, og at man må etterstrebe å ivareta det opprinnelige materialet. For å tilfredsstille dette kravet, og få med oss det informantene opprinnelige uttrykte, passet vi på at alle lyder som ”mm”, og ord som ”liksom” var inkludert. I tillegg var det notert ned hvilken emosjonell stemning det var hos terapeut og klient, f. eks ”gråter”, ”bestemt stemme” eller ”sukker høylytt”. Det var også gjort markeringer for ting som ikke var mulig å oppfatte på lydbåndet. Underveis i prosessen med lytting til samtaler fikk vi god kjennskap til datamaterialet, som var et viktig grunnlag for å kunne kode stoffet pålitelig og troverdig.

2.4.2 Fase 2: Initial koding

Første steg i den initiale kodeprosessen innebar å bli kjent med materialet. Dette gjorde vi ved å finlese transkripsjonene linje for linje. Denne prosessen gjorde vi hver for oss, som ble etterfulgt av prosessen med å kode hvordan terapeutene adresserte og fremmet opplevelsen av håp og forventning. Det at vi først kodet transkripsjonene uavhengig av hverandre, for deretter å drøfte oss fram til enighet om kodingen, øker validiteten til studien (Yardley, 2008). Strauss og Corbin (1990) trekker fram to analytiske prosedyrer som er viktige i denne fasen: *sammenligning* og *spørsmålsstilling*. Vi fant disse to prosedyrene svært nyttige. Ved å hele tiden stille oss selv spørsmål som for eksempel ”hva er det terapeuten formidler til klienten nå?” og ”hva er det terapeuten mener at klienten skal fange opp

gjennom det som sies nå?”, følte vi at vi var så presis som overhode mulig og at vi fikk økt spesifisiteten i analysen vår. Rent konkret gjorde vi analysen ved å ha transkripsjonen vi jobbet med foran oss, samtidig som vi hadde et eget dokument hvor vi skrev inn teksten vi etter hvert kodet, og hva vi kalte koden. Dette innebar at vi leste transkripsjonene linje for linje, og analyserte om det var noe terapeuten gjorde for å adressere eller fremme opplevelsen av håp og forventning. Når vi identifiserte prosesser som vi tenkte hadde med håp å gjøre, kodet vi dette ved hjelp av hjelpespørsmål som *”hva er det terapeuten formidler nå?”*. Vi studerte altså fragmenter av dataene, og analyserte disse (Charmaz, 2006). I løpet av denne fasen utviklet vi koder som var i aktiv form, etter anbefaling fra Strauss og Corbin (McLeod, 2001). De hevder at en aktiv form på kodene hjelper forskerne til å oppdage prosesser og holde seg nært materialet (Charmaz, 2006). Koder i aktiv form som vi utviklet i denne fasen var for eksempel *påpekning av indre ressurser* og *viser ikke-dømmende holdning*. Gjennom en slik koding *definerte* vi hva som skjedde mellom terapeut og klient, og begynte å skape meninger om våre observasjoner, slik Charmaz trekker fram som sentralt i denne fasen (ibid). Når vi definerer hva som foregår, og senere gjør om kodene, er det et forsøk på å forstå terapeutenes handlinger (ibid). I følge Charmaz (ibid) er målet med den initiale kodeprosessen at vi som forskere skal være så åpen som mulig for hva dataene forteller oss. Dette innebar at vi hele tiden forsøkte å tenke hva terapeuten uttrykte med det han/hun sa, og stilte oss hele tiden spørsmål som *”kan dette bli oppfattet på noe annen måte?”*. Vi hadde også fokus på at vi ikke skulle la oss påvirke av andre teorier om hvordan terapeuter forholder seg til håp, men at vi skulle fokusere på å være åpne til det materialet vi hadde framfor oss. Dey (1999) formulerer dette fint når han sier ”det er en forskjell mellom et åpent sinn og et tomt hode” (s. 251, vår oversettelse). For oss var det hjelpespørsmålene som bidro til at vi klarte å holde fokus på materialet vårt.

Det kan være fristende å tenke seg at kodene vi produserer favner den empiriske virkelighet, men det er viktig å være oppmerksom på at det er *vår fortolkning*. Det er vi som velger ordene som kodene består av, og definerer hva vi ser som signifikant i dataene og deretter beskriver hva vi tenker foregår (Charmaz, 2006). De initiale kodene er kjennetegnet med at de er foreløpig, forankret i dataene og sammenlignet med hverandre. Etter anbefaling fra Charmaz (ibid) hadde vi fokus på at kodingen i denne fasen skulle ha en viss hastighet og spontanitet rundt seg. Dermed var dette en fase hvor vi satt hver for oss og forsøkte å gjøre kodeprosessen raskt.

Gjennom hele denne prosessen hadde vi også fokus på *konstant sammenligning*, både innenfor transkripsjonen vi jobbet med, men også mellom de ulike sakene. Dette innebar at vi

ved hvert utsagn vurderte om vi kunne anvende en kode vi tidligere hadde laget, eller om vi skulle lage en ny kode. Dersom vi fant et utsagn som kunne tilhøre en eksisterende kode, men som skilte seg noe fra den, laget vi en ny kode, og noterte ned nyansene i memoer. Denne prosessen er i samsvar med hvordan grounded theory blir karakterisert som en prosess som innebærer *konstant komparativ analyse* (Charmaz, 2006). Å sammenligne koder hjalp oss til å identifisere likheter og variasjoner i materialet, noe som førte til økt spesifisitet. Imidlertid unngikk vi i denne fasen å gruppere utsagn i større, generelle kategorier, som ville gjort at vi stod i fare for å miste mulige nyanser. Dette fokuset var viktig for å holde analysen på et fenomen-nært og deskriptivt nivå.

Strauss og Corbin (1990) definerer den initiale kodeprosessen som ”prosessen med å bryte ned, undersøke, sammenligne, konseptualisere og kategorisere data” (s. 61, vår oversettelse). Det har blitt sagt at dette stadiet er hjertet av grounded theory (McLeod, 2001), og at de neste stegene i analyseprosessen ikke hadde kunnet finne sted uten denne fasen (Strauss & Corbin, 1990). Det er to kriterier som er nødvendig å møte for å kunne oppnå en grounded-theory-analyse: *fit* og *relevance* (ibid). Det første kriteriet refererer til at studien skal passe den virkelige verden. Dette tilstreber vi ved å foreta en grundig analyse som holder seg nært materialet, og at vi som forskere er så åpne som mulig når vi koder deltageres atferd og putter det inn i kategorier. Det andre kravet omhandler at studien skal ha relevans. Studien har relevans når man i analyseprosessen tolker det som skjer, og danner forbindelse mellom implisitte prosesser og det skrevne ord, og gjør sammensetninger synlige (Charmaz, 2006). Ved å bevege oss så grundig gjennom den initiale analyseprosessen som vi har gjort, anser vi at disse to kriteriene er møtt. Når denne kodeprosessen ble avsluttet satt vi med 386 initiale koder som vi tok med oss inn prosessen med fokusert koding.

Måten den første analyseprosessen ble gjennomført på, gjør at vi har minsket sannsynligheten for å utelukke mulige nyanser ved for eksempel å for tidlig abstrahere og gruppere fenomener sammen. Det at vi har vært så grundig, og i tillegg hatt mulighet til å være to forskere som kunne sammenligne våre tanker og refleksjoner kontinuerlig, kan anses som en styrke ved denne studien. Å ha muligheten til å være flere forskere er også noe Hill, Thomson og Williams (1997) trekker fram som en styrke, siden det vil bidra til større variasjon i både tolkningene og perspektivene fra forskerne.

2.4.3 Fase 3: Fokusert koding

2.4.3.1 Fokusert koding: Fase 1. Da vi hver for oss hadde kodet oss gjennom alle transkripsjonene på 661 sider, gikk vi over i en litt mer selektiv kodeprosess (Charmaz, 2008).

Vi jobbet da sammen for å gå gjennom det hver av oss hadde kodet, hvor vi sammenlignet, forkastet og la til koder ettersom vi diskuterte oss gjennom hva vi hadde tenkt og reflektert hver for oss. Rent konkret satt vi med transkripsjon av hver sak framfor oss og med arket vi hadde skrevet ned de initiale kodene på, og diskuterte oss gjennom hver eneste kode. I denne fasen gikk vi fra å ha listevise med detaljerte og konkrete koder, til litt bredere og færre koder. Vi opprettet nye dokumenter for de fokuserte kodene og teksten de tilhørte, og med dette startet vi vår fokuserte kodeprosess. Også i denne fasen var memoer, hjelpespørsmål og konstant komparativ analyse sentralt. Hjelpespørsmålene hjalp oss til å være åpne for nye oppdagelser, samt hjalp oss til å tenke om det vi kodet var mulig å tolke på en annen måte. Dette førte til at vi hele tiden stilte spørsmål ved kodene, og om det fantes andre koder som kunne favne teksten og budskapet bedre. I denne perioden hadde vi en opplevelse av å bli enda mer kjent med materialet, og vi følte oss mer kompetent til å kunne vurdere hva terapeutene formidlet. Det er imidlertid viktig å være klar over hvor avgjørende vårt subjektive perspektiv som forskere er, og at det er *vår* fortolkning som ligger til grunn for alle kodene og kategoriene. Dette vil bli tatt opp videre i metodiske betraktninger.

Fokusert koding er mer direkte, selektiv og konseptuell (Smith, 2008). Denne prosessen krevde at vi tok beslutninger rundt hvilke av de initiale kodene som favnet materialet mest nøyaktig og helt (ibid). De fokuserte kodene utarbeidet vi også i *aktiv form*, og nært til materialet, i tråd med prosedyren i grounded theory (ibid).

Styrken med grounded theory er den aktive involveringen som finner sted i analysen (Charmaz, 2006). Vi forholdt oss aldri passivt til materialet og bare leste det som stod der, men måtte hele tiden bruke *spørsmålstilling* og *sammenligning* som verktøy. Vi gikk gjennom alle kodene vi hadde kodet hver for oss i den initiale prosessen, sammenlignet med hverandre innenfor samme transkripsjon, og på tvers av transkripsjonene.

Når vi hadde jobbet oss gjennom halvparten av materialet begynte vi å danne oss et bilde av hvordan noen koder kunne grupperes under en mer abstrakt høyere-ordens kategori. Disse kategoriene utformet vi ved å bruke hjelpespørsmål som for eksempel "*hva er det egentlig terapeuten gjør når hun formidler dette?*". Ut fra slike hjelpespørsmål dannet vi kategorinavn for det vi anså at terapeuten gjorde, og plasserte koder under disse. Det var for eksempel flere ganger terapeuten normaliserte klientens reaksjoner, noe vi hadde utarbeidet den fokuserte koden *normalisering* for. Under arbeidet med å utarbeide høyere-ordens kategorier utarbeidet vi da navnet *reformulering* og plasserte koden "normalisering" under her. Det å gruppere koder inn i høyere-ordens kategorier er viktig siden det gjør det mulig å jobbe med færre enheter, i tillegg til at kategorier har potensial til å være forklarende (Strauss

& Corbin, 1998). Prosessen med å gruppere koder som så ut til å dreie seg om samme fenomen, kalles kategorisering (Strauss & Corbin, 1990). Vi utarbeidet på dette tidspunktet ni kategorier som vi grupperte kodene våre under. I det videre arbeidet med fokusert koding, plasserte vi de kodene vi valgte å ha med, under disse ulike kategoriene.

Grounded theory er som nevnt tidligere en sirkulær prosess, hvor man stadig beveger seg mellom forskjellige trinn i analyseprosessen og benytter forskjellige strategier (Charmaz, 2008). Dette er også en del av den konstante sammenligningsprosessen, som vil kunne ha potensial til å minske forutinntatte forestillinger, og gjøre resultatene mest mulig valid (Hill, et al., 2005).

2.4.3.2 Fokusert koding: Fase 2. Etter å ha gått gjennom hele materialet sammen og utarbeidet fokuserte koder, bestemte vi oss dermed for at vi skulle gå hver for oss å kontrollere de nye kodene vi nå satt med. Kodene skulle da sjekkes opp mot teksten igjen, og vi skulle også kontrollere kodene og teksten mot de nye kategoriene som var blitt utarbeidet i denne fasen. Vi hadde fokus på å være åpen for ny oppdagelse, og dobbeltsjekke det arbeidet vi hadde gjort. Ved å gjøre det hver for oss fikk vi styrken med å kunne gå sammen igjen senere, for å se hva vi hadde vurdert likt og ulikt. Denne prosessen følte vi hjalp oss til forbedre analysen og kodingene våre.

2.4.3.3 Fokusert koding: Fase 3. Etter å ha gått gjennom materialet hver for oss igjen, gikk vi sammen og gikk gjennom materialet på nytt. Rent konkret gjorde vi denne fasen på lik måte som de andre, hvor vi gikk gjennom hver enkelt transkripsjon og de dokumentene vi hadde laget med koder. Vi så på hvilke endringer hver av oss hadde gjort, og gikk gjennom memoer vi hadde dannet oss når vi hadde jobbet med stoffet igjen. I denne fasen ble det lagt til noen nye koder, noen koder ble revidert og andre ble forkastet. Hjelpespørsmål og nærhet til materialet var et kontinuerlig fokus. Analysen ble nå avsluttet etter metningskriteriet da vi opplevde at tilføring av nye saker ikke ville gi ny informasjon eller utvide allerede utviklede kategorier (Charmaz, 2006). Derfor valgte vi å ikke inkludere flere saker utover de åtte vi hadde valgt til vår analyse.

Det å være to forskere, som stadig gikk sammen og sammenlignet var en av de faktorene som vi følte gjorde analyseprosessen vår svært omfattende, grundig og presis. Dette førte til at materialet ble gått gjennom mange ganger, med to sett ulike forsker-øyne. En grounded theory-analyse er en interaktiv prosess (Hill, et al., 2005), som vi i denne studien altså har lagt stor vekt på. Etter endt fokusert koding satt vi igjen med 112 fokuserte koder.

2.4.4 Fase 4: Fokus på kategorisering

Etter å ha konsentrert oss om prosessen med å danne fokuserte koder, rettet vi fokuset mot kategoriene vi hadde laget oss til nå. I denne fasen jobbet vi sammen og vurderte om kategoriene skulle endre navn, om kodene var plassert under riktig kategori, om det måtte lages nye kategorier, om noen koder eller kategorier skulle slås sammen, og om kategoriene gjenspeilet teksten. Vi arbeidet oss gjennom alle kategoriene og spurte oss selv hele tiden om kategorien favnet essensen av innholdet, slik Hill, Thompson og Williams anbefaler i denne fasen (Hill, et al., 1997). I den forbindelse gikk vi stadig tilbake til teksten for å være sikker på at teksten ble favnet av kategorinavnene.

For å gjøre framstillingen om hvordan terapeutene adresserer og fremmer opplevelsen av håp og forventning enda mer tydelig, valgte vi å legge til noen overordnede kategorier som vi plasserte henholdsvis de andre kategoriene og kodene under. På denne måten gjorde vi analysen og teorien vår enda mer presis. Vi utarbeidet dermed på dette stadiet fem hovedkategorier og 13 underkategorier som vi plasserte kodene våre under.

2.4.5 Fase 5: Aksial koding

Aksial koding er en fase som har som formål å sortere, syntetisere og organisere store mengder data, og sette dem sammen igjen på nye måter (Charmaz, 2006). Det er forskernes oppgave å spørre seg hvordan kategoriene er knyttet sammen. I denne fasen jobbet vi sammen, og hadde som fokus å være åpen for om materialet kunne sorteres og organiseres på noe annen måte enn vi hadde gjort til nå. For å hindre forutinntatthet, og bedre nivået av åpenhet og nærhet til materialet, klippet vi ut navnene på alle de fokuserte kodene, slik at vi satt med 112 fokuserte koder skrevet på hver sin egen lapp. Disse 112 kodene plasserte vi utover gulvet i tilfeldig rekkefølge framfor oss for å gjøre det oversiktlig. Deretter klippet vi opp kategorinavnene, og la de 13 underkategoriene over kodene, før vi klippet opp de fem hovedkategoriene vi hadde utarbeidet, og la disse øverst. Neste steg var da å sortere de fokuserte kodene under hoved- og underkategoriene.

I denne tidkrevende prosessen diskuterte vi oss gjennom hver eneste kode, for å være åpne for hvor den passet best. For å sikre nærhet til materialet gikk vi flere ganger tilbake til transkripsjonene for å sjekke om teksten som koden stammet fra, da passet til underkategorien og hovedkategorien som vi plasserte den under. Vi merket at denne måten å jobbe på, sikret oss åpenheten som analysen krever av oss, og at måten vi gjorde det på sikret at vi holdt oss nært materialet. Gjennom hele denne fasen ble koder forkastet og revidert, og navnene på underkategoriene og hovedkategoriene ble også endret.

Til slutt nådde vi en endelig inndeling av hovedkategoriene, underkategoriene og kodene som ikke lot seg avkrefte, selv om videre raffinering alltid vil være mulig (Charmaz, 2008). Vi satt nå igjen med 5 hovedkategorier, 13 underkategorier og 105 fokuserte koder.

2.4.6 Ny datainnhenting: Teoretisk sampling

Teoretisk sampling innebærer innhenting av ny informasjon for å belyse de allerede eksisterende kategoriene fra analysen (Charmaz, 2006). Formålet med innhenting av nytt datamaterialet, er å utvide forståelsen av de allerede eksisterende kategoriene. Gjennom analyseprosessen vår sikret vi teoretisk sampling ved å gå tilbake til materialet en rekke ganger for å undersøke om det var noe vi hadde oversett, eller om det var noe som kunne bli sett på en annen måte. Dette medførte at vi fikk spesifisert kategoriene og laget klarere skillelinjer for det ferdige resultatet. Charmaz (2008) trekker dette fram som et av formålene ved teoretisk sampling, og understreker at det vil kunne heve det konseptuelle nivået av kategoriene.

2.5 Memoskriving

Charmaz (2006) anbefaler memoskriving gjennom hele analyseprosessen. Dette er skriftlige notater som inneholder refleksjoner av datamaterialet. Vi brukte slike memo kontinuerlig gjennom hele analyseprosessen, både når det gjaldt tanker og ideer vi fikk, men også i forhold til koder og kategorier som ble forkastet eller revidert. Memoene gjorde at vi kunne følge opp ideer og spørsmål som kom til oss ved ulike faser i analysen (ibid). På den måten ble memoene våre et register for vår analytiske prosess. Gjennom hele analyseprosessen gikk vi tilbake til memoene ved flere anledninger, og hadde mulighet til å sette et kritisk blikk på våre egne tanker. Å bruke memoer kontinuerlig bidro til at vi kunne bruke fri assosiasjon, og skrive ned det vi kom på, uten at vi måtte stykke opp arbeidet vi da var fokusert på.

Under skriveprosessen viste memoene seg også å være svært nyttige. Memoene hjalp oss her til å huske hvordan vi hadde tenkt at en kode og en kategori hang sammen, hvordan en kategori var bygget opp eller hva en kode betydde. Dette ble svært nyttig når resultatdelen skulle skrives.

2.6 Metodiske betraktninger

Patton (1990) legger vekt på at det er viktig at analyseprosedyren og valgene som blir tatt i denne prosessen, blir beskrevet fullt ut. Derfor har vi nå forsøkt å gi en grundig

redegjørelse av vår analyseprosess, slik at leseren selv har mulighet til å vurdere resultatene fra denne studien. Dette er i samsvar med Forrester (2010) og Malterud (2002) som hevder at veien fra data til resultater skal gjøres tilgjengelig for leseren.

2.6.1 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet har lenge hatt status som en hellig, vitenskapelig treenighet (Kvale, et al., 2009). I de senere årene har det pågått en livlig debatt om hvorvidt slike vitenskapelige kriterier kan være gjeldende for kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2002). En grundig utredning om begrepenes plass i kvalitativ forskning faller utenfor denne oppgavens rammer. Imidlertid er det ikke uproblematisk å overføre begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet til kvalitativ forskning, og det har blitt foreslått at begrepene *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet* er mer passende (Hamberg & Hamberg, 1994; Lincoln & Guba, 1985). *Gyldighet* og *pålitelighet* vil innenfor den kvalitative tilnærmingen handle om hvorvidt resultatene våre avspeiler fenomenene man er interessert i å studere (Kvale, et al., 2009). *Gyldighet* dreier seg om vi kan stole på det vi presenterer som viten for det saksforholdet som ønskes å studere, mens *pålitelighet* dreier seg om analysen hviler på det konkrete materialet (Fog, 2004). Vi ønsker med dette å kommentere hvordan vi har etterstrebet disse kravene.

Kvalitativ analyse har mer fokus på oppdagelse enn kvantitativ forskning. I den kvalitative tilnærmingen oppnår vi kunnskap gjennom aktiv deltagelse i forskningsprosessen slik vi har gjort i dette studiet (Hamberg & Hamberg, 1994). Når vi bruker kvalitative metoder, bygger vi på en erkjennelse om at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige. Dermed er ikke målet å bevise om noe er sant eller ikke, men derimot å generere hypoteser og teorier (Malterud, 2011). I den kvantitative tilnærmingen vil man forsøke å eliminere forskerens påvirkning, mens i den kvalitative tilnærmingen, som vi jobber etter i dette studiet, er det imidlertid fokus på *fordelen* med at forskeren kan gjøre tolkninger i analyseprosessen, slik vi har gjort i denne studien. Dette fører til at det er mulig å gjøre analyser av skjulte eller implisitte meninger i samtalen (Yardley, 2008). Reason og Rowan (sitert av Banister, 1994, s. 152) uttrykte dette i 1981 ved å si ”det er kunnskap i en prosess, som er knyttet til en spesifikk tolker”. Det viktige i denne sammenhengen er å være oppmerksom på hvordan forskerne kan bli påvirket av ”sin egen bagasje” (Ortlipp, 2008). Dermed blir nivået av studiens *gyldighet* blant annet bestemt av forskernes evne til å forstå og representere deltagernes meninger (Banister, 1994). Ved at vi har vært to forskere som har hatt mulighet til å kunne bruke diskusjon aktivt gjennom analyseprosessen har vi kunnet

reducere skjevheter av egen bagasje med å være kritiske til hverandres tolkninger. Hvis man er oppmerksom på faktorer som bidrar til skjevheter vil kvaliteten til studien kunne øke (Ortlipp, 2008). Derfor har vi i denne studien hele tiden forsøkt å reflektere hvordan vi som personer vil kunne påvirke analyseprosessen vi har skapt. Her vil både forkunnskaper og verdier kunne påvirke tolkningene våre (Kvale, et al., 2009). Hvor mye påvirkning fra forskeren som skal være akseptert er nettopp en debatt som pågår (Ortlipp, 2008). Vi ønsker derfor å redegjøre for noen faktorer vi anser som potensielle påvirkningskilder fra oss som forskere.

Vi har begge to arbeidet som vitenskapelige assistenter på prosjektet *An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy* ved Universitetet i Oslo. En av oppgavene våre her var å transkribere terapitimene til terapeutene. Gjennom denne erfaringen har vi fått et unikt innblikk i terapitimer med terapeuter som vi opplevde å være svært dyktige. Denne erfaringen har preget oss på ulike måter og vært med på å forme vår faglige interesse. Vi har begge et integrativt, interpersonlig perspektiv, men forfatter nr. 1 har alltid vært fasinert av dynamisk teori og praksis, og føler at hennes tenkning er grunnforankret her. Hun er studentterapeut ved klinikk for dynamisk psykoterapi ved Psykologisk institutt, og hadde også hovedpraksis ved en klinikk der alle terapeutene hadde en dynamisk forankring. Forfatter nr. 2 har valgt klinikk innenfor systemisk kognitiv terapi ved Psykologisk institutt og er i tillegg terapeut ved barne- og familieterapi-klinikken ved Nic Waals institutt. Hun har vært opptatt av å se symptomet som en ressurs, og ha en systemisk tankegang. Vi har diskutert mye hvordan våre ulike teoretiske forankringer har påvirket oss i våre tolkninger, og har følt på dette som en styrke siden vi har kommet med ulike måter å se ting på i analysene våre. Forfatter nr. 2 har også gått i egenterapi i ett år, hvor hennes erfaringer fra denne terapien har innvirket på hennes faglige utvikling. Disse aspektene har vært med oss hele tiden i arbeidet, og har sannsynligvis innvirket på resultatene vi fremlegger fra denne studien. Det som er viktig å være oppmerksom på innenfor kvalitativ forskning er at det ikke er mulig å oppnå *fullstendig valid forskning* som fanger opp en uforanderlig sann realitet (Banister, 1994). All forskning er *konstruert*, og resultatene av forskningen blir dermed en utarbeidet forståelse av en prosess som har blitt studert. Gyldigheten av denne studien har likevel vært etterstrebet på et høyt nivå slik at vi kan stole på at resultatene som presenteres er viten om hvordan terapeutene adresserte og fremmet opplevelsen av håp og positiv forventning.

Påliteligheten av denne studien har blitt sikret gjennom nærheten til materialet som vi hele tiden har hatt fokus på. I vår grundige analysejobb etterstrebet vi nærhet til materialet

kontinuerlig ved at vi i alle fasene av analyseprosessen gikk tilbake til transkripsjonene. Dette sikret oss at analysen hviler på det konkrete materialet som denne studien består av.

Overførbarhet er som nevnt et mer hensiktsmessig begrep å bruke i kvalitativ forskning enn generaliserbarhet. Begrepet *overførbarhet* impliserer at det finnes grenser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der hvor vårt studie er gjennomført. Våre resultater slik vi fremstiller dem, gir et bilde av hvordan de svært erfarne terapeutene vi studerte adresserte og fremmet opplevelsen av håp og positiv forventning, og kan videre være hypotese genererende for nye studier. Imidlertid vil ikke våre resultater kunne si noe om hvordan alle terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og forventning i terapi.

2.6.2 Utvalget

Utvalgsstørrelsen i kvalitativ forskning er ofte ganske liten. Dette gjør hvert enkelt bidrag svært betydelig. Det at utvalget vårt var lite, gav oss anledning til å foreta en svært grundig analyse av terapeutenes atferd. Hill, Thompson og Williams (1997) understreker at et lite utvalg mellom 8 og 15 er ideelt innenfor kvalitativ forskning siden det gir forskerne mulighet for en omfattende og grundig analyse.

Som beskrevet i starten av metodekapittelet, kan terapeutene i vårt utvalgt bli definert som ekspertterapeuter. Kanskje vil ikke våre resultater gjenspeile den ”jevne” psykolog, men at måtene terapeutene i dette utvalget fremmet håp og positive forventninger er noe psykologer generelt kan strekke seg etter?

2.6.3 Resultatene

Våre gjeldende resultater er i samsvar med andre funn fra lignende studier, som vi vil se nærmere på gjennom hele resultatdelen. Likevel kan vi ikke utelukke at andre forskere ville fått andre resultater dersom de studerte samme datamateriale som oss, siden kvalitative studier kan produsere ulike funn (Howitt, 2010). Det finnes ikke ”èn sannhet”, men det vil alltid være ulike perspektiver på et tema, som alle kan være gyldige (Denzin & Lincoln, 1994). Slike ulike perspektiver kan imidlertid bidra til kunnskapsutvikling på det temaet som studeres.

Formålet med denne grundige gjennomgangen, samt våre metodiske betraktninger knyttet til analyseprosessen, er å gi leseren mulighet til å vurdere de tolkningene vi har gjort. Samtidig muliggjør denne gjennomgangen en reanalyse av materialet, som åpner opp for å

kunne utvikle alternative tolkninger og forklaringer (Banister, 1994). Leseren får også mulighet til å vurdere troverdigheten til resultatene vi nå skal fremlegge.

2.7 Sitatbruk og korte beskrivelser

I resultatdelen bruker vi utdrag fra de transkriberte terapitimene for å tydeliggjøre hvordan vi mener terapeuter har adressert og fremmet opplevelsen av håp og positiv forventning. Disse utdragene er dermed ment å fungere som eksempler som kan understreke og tydeliggjøre kategoriene våre. Sitatene er en direkte gjengivelse av det klient og terapeut sier, med forbehold om at enkelte lyder er tatt bort, slik som for eksempel ”mm” og ”eeeh”.

2.8 Presentasjon av de fokuserte kodene

Gjennom resultatdelen ønsker vi å legge fram de fokuserte kodene som vi har utarbeidet. Kodene vil bli presentert i kursiv gjennom hele resultatdelen.

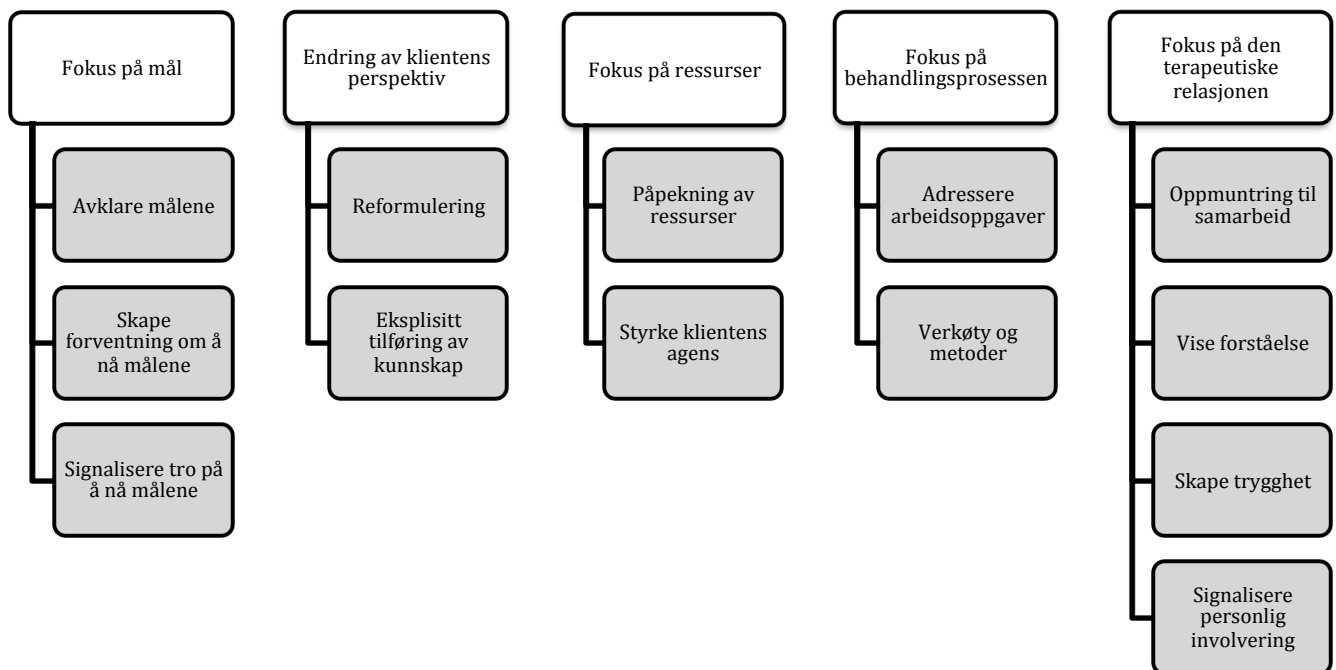
3.0 Resultater og innledende diskusjon

Målet ved denne analysen var å utforske hvordan erfarne terapeuter adresserer og fremmer opplevelsen av håp og positive forventninger om bedring i løpet av de tre første timene av psykoterapi. I denne sammenhengen har vi definert håp som en subjektiv oppfatning om at bedring er mulig, og hvor vi ser på håp og positiv forventning som synonymer.

Fremstillingen presenterer og beskriver resultatene av våre fem hovedkategorier, og 13 tilhørende underkategorier (figur 2). Flere av kategoriene overlapper hverandre noe. I fremstillingen har vi valgt å fokusere på beskrivelsen av de aktuelle kategoriene, og ser ikke på hvordan en kategori forholder seg til en annen. Denne fremstillingen utgjør undersøkelsens resultater. I tråd med kvalitativ forskningstradisjon (Forrester, 2010), har vi valgt å drøfte resultatene fortløpende, før vi avslutningsvis i oppgaven formidler noen generelle betraktninger om håp i terapi, samt refleksjoner og implikasjoner av vår studie.

FIGUR 2

Måter terapeutene adresserte og fremmet opplevelsen av håp og positive forventninger



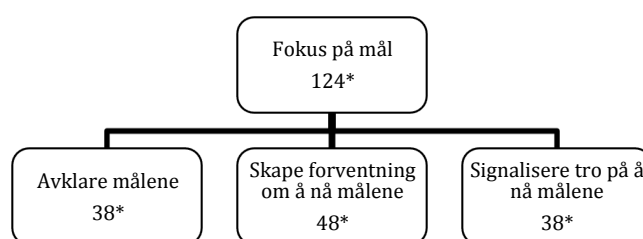
3.1 Fokus på terapimål

Som det fremgår av figur 2, viet de erfarne terapeutene tid til å snakke om målene for terapi. I vår analyse ble det klart at terapeutenes måte å snakke om terapimålene kunne

deles inn i tre kategorier: a) avklaring av målene til klienten, b) skapelse av forventning om å nå målene, og c) signalisering av tro på å nå målene (figur 3). Håp blir vanligvis assosiert med fremtiden, og som vi så innledningsvis handlet begrepet håp om å se fremover. Norcross (2002) trekker fram at enighet mellom terapeut og klient om de terapeutiske målene vil både påvirke hvordan de jobber sammen og utfallet av terapien.

FIGUR 3

Kategoriene for hvordan terapeutene fokuserte på mål



** Tallet symboliserer antall ganger strategien blir benyttet*

3.1.1 Avklare målene

Noen av de svært erfarne terapeutene vi studerte forsøkte å hjelpe klienten til å *identifisere hva klienten ønsket å oppnå med terapi*. En kan tenke seg at gjennom dette får terapeuten tak i klientens tanker og forestillinger om hva terapien vil kunne bidra med. Dette vil samtidig kunne tydeliggjøre håp og retning i terapien, og i livet til klienten for øvrig. Eksempel under illustrerer dette:

T: Hvis vi liksom, skulle trekke essensen ut av det, så høres det ut som du kommer hit for å få hjelp til å jobbe med selvfølelsen din, den derre følelsen dypt inni deg av å være liten. Du har lyst å finne mere ro inni der som du sa, også sa du at du kan, få til ting som du vil i livet ditt, blant annet treffe en jente som du kan være sammen med.

I dette eksempelet ser vi hvordan terapeuten hjelper klienten med å oppsummere og konkretisere det klienten har oppgitt som det han ønsker å oppnå med terapien. På den måten blir målene de skal jobbe mot tydeligere. Terapeuten får samtidig anledning til å vise at de er på bølgelengde og jobber mot et felles mål. Det er flere som har påpekt betydningen av å fokusere på både målet og fremtiden til klienten. Chamodraka (2009) fant for eksempel at økt håp førte til at klientene fikk en opplevelse av å ha mer kontroll over problemene sine, samt en større opplevelse av å bevege seg i en retning mot positiv endring. Hun mente dermed at det er viktig at terapeuter kartlegger klientens ønsker og forventninger (ibid).

Noen av terapeutene i vårt utvalg *spurte eksplisitt om målet til klienten*. For eksempel:

T: Altså at du kan ta nedturer uten at du behøver å gå helt i kjelleren. Er det et mål for deg?

Eller *spurte eksplisitt om klientens forventninger til terapi:*

T: [...] Kan du si litt hva slags forventninger du har til å komme hit?

K: Det jeg alltid har fått når jeg går til terapi er at det vonde inni meg har gått litt vekk. Den angsten som sitter der hele tida den tror jeg nok kommer til å forsvinne for det har jeg alltid gjort hver gang jeg har fått snakket med noen liksom [...]

I det siste eksempelet får terapeuten klarhet i hvilke forestillinger klienten har om hva terapi vil kunne bidra med. Klientens forventninger og forestillinger om bedring anser vi som nært knyttet til hva klienten håper å få ut av terapi.

En annen måte terapeutene i vårt utvalg fikk tak i klientens forestillinger om målet med terapi, var å be klienten om å visualisere bedring eller *konkretisere hvordan bedring så ut:*

T: Hvis du forestiller deg: hvis du var kommet deg videre, sett at du gikk her en stund, og så tenkt at nå kan jeg slutte. Hva ville vært forskjellig for deg da?

Klienten blir oppfordret til å nærmest ”kjenne etter” hva som ville vært annerledes etter endt behandling. Ved hjelp av en slik konkretisering kan klienten få hjelp til å kartlegge hva hun ønsker å oppnå med terapien, og terapeut og klient får konkretisert ett eller flere mål å jobbe mot. Samtidig kan en slik visualisering og konkretisering bidra til at klienten kan danne seg forestillingsbilder av positive utfall ved terapien, noe som igjen kan bidra til å øke håpet. Cutcliffe (2006) som så på hvordan terapeuter kan inspirere håp hos sørgende, kom fram til noe liknende. Han fant at det at de sørgende etter hvert klarte å visualisere seg selv i en annen emosjonell tilstand enn den nåværende, var en indikasjon på at klienten var blitt mer håpefull. Walsh og Minor-Schork (1997) brukte en såkalt ”art future image”-intervensjon på innlagte suicidale ungdommer. Intervensjonen gikk ut på at ungdommene skulle diskutere drømmene sine, fullføre fremtidsorienterte setninger, og tegne karikaturer av hvordan de trodde de selv ville se ut i fremtiden. Kvalitative intervju viste at denne intervensjonen førte til at ungdommene opplevde en følelse av å ”få tilbake håpet”. Forskerne foreslo at denne morsomme letingen etter identitet hjalp ungdommene å formulere drømmer og forutse kontroll over fremtiden sin (ibid).

Andre erfarne terapeuter i vår studie hjalp klienten til å *skape mål, adresserte klientens motivasjon, snakket om klientens ønsker og behov, avklarte forventningene til klienten, signaliserte for klienten at terapeuten hadde forstått bestillingen, og fokuserte på det som kunne endres*. Disse strategiene kan en tenke seg hjalp klienten og terapeuten å få avklart målene for terapien.

Noen terapeuter kunne også *anerkjenne håpet til klienten*:

T: Kjenner du det.. inni deg selv, at du har liksom helt nederst er en sånn ukuelig optimist?

K: Ja. Faktisk.

T: Det merker jeg at det synes jeg er veldig fint å høre.

Gjennom flere eksempler i vår analyse, så vi hvordan terapeutene anerkjente det klienten fortalte om sitt håp. I eksempelet ovenfor følger ikke terapeuten opp med å gi noen garantier om bedring eller bekreftelse på at klientens håp kan bli oppfylt, men er heller mer reservert og roser *det at klienten har håp*.

Mål-teoretikere hevder at mennesker vil søke mot et mål så lenge de forventer at målet er innen rekkevidde (Joyce, et al., 2003). Som nevnt innledningsvis, vil klienter i terapi som *forventer* å bli bedre sannsynligvis bidra mer konstruktivt i behandlingsprosessen, samt utvikle et mer tillitsfullt samarbeid med terapeuten, enn klienter som har mer begrensede forventninger til endring (Greenberg, et al., 2006; Joyce, et al., 2003). På grunnlag av dette blir det en viktig oppgave i terapien å *avklare hvilke forventninger klienten har* til terapien. Dersom forventningene er lave, er utfordringen å *skape mer forventninger* om at bedring er mulig.

3.1.2 Skape forventning om å nå målet

Vi så at terapeutene i vårt utvalg jobbet med å *få signalisert for klienten at flere sliter med samme eller liknende problem*. Når mennesker opplever vanskelige utfordringer har de ofte en følelse av å være unike. Mange tenker at ingen andre har opplevd de samme vonde følelsene, og tenker dermed at ingen egentlig kan forstå dem (Frank & Frank, 1991).

Nedenfor er et eksempel på hvordan en terapeut jobbet med dette:

T: Ja, jeg har hørt dette før, altså akkurat det du forteller det er sånn jeg har hørt mange forteller om.

K: Åh det er godt å høre at det ikke bare er meg, jeg føler meg liksom som et sånt utskudd liksom.

Ved å signalisere at flere personer har det på samme måte som klienten, kan terapeuten bidra til at klienten får en følelse av å ikke være så unormal som fryktet. Dette kan kanskje videre gi klienten en forventning om at problemet kan gjøres noe med. For dersom et problem er kjent, finnes det antakelig også en måte å løse det på. At klienten kan få en styrket oppfatning av at terapeuten er en som er effektiv i å oppnå positiv endring hos klientene sine, vil styrke klientens håp (Frank & Frank, 1991). Terapeutene kunne også styrke denne oppfatningen hos klientene ved å formidle til klienten *erfaring med å jobbe med samme type problematikk*. At

terapeuten formidler kompetanse på et område kan vekke tillit til terapeuten, og bidra til at klienten får håp om at terapeuten da også vil kunne hjelpe han/henne på vei mot sine mål (ibid). Eksempelet under viser hvordan en terapeut formidler at han har erfaring med samme type problematikk til en klient med prestasjonsangst:

T: Jeg har, jeg har jobbet en del med, med grupper i forhold til det med sosial angst, ulike former for grupper [...] det går rett og slett på dette med å presentere ting og sånn, så det har jeg mye erfaring med.

De erfarne terapeutene kunne også *formidle at en bestemt metode har hjulpet andre før:*

T: Denne måten å jobbe på, sånn oppmerksomt nærvær, det blir brukt blant annet i smertebehandling. Folk som er i terminalfasen i kreft og aids og sånn. Og de bruker dette med oppmerksomt nærvær i forhold til smerten og da er det sånn at midlertidig så øker den oppmerksomheten den måten å være til stede i forhold til egne smerter på. Det kan øke smerten litt, og så viser det seg faktisk at disse pasientene da trenger mindre smertestillende og blir mer til stede i livet den tiden de har igjen. For det er noe ved å akseptere smerter og observere det uten å kjempe i mot det, så dempes det, så det er noe av det samme, jeg tenker at en del av det som skjer i de situasjonene hvor du sitter med [samboer], det er intens smertefulle øyeblikk.

Terapeuten viser her at det er likhetstrekk mellom pasientgruppen han snakker om og klienten, og forklarer hvordan en metode, i dette tilfelle mindfulness-trening, har skapt positiv endring for dem. Med dette kan en tenke seg at terapeuten signaliserer at klienten også vil kunne få god hjelp av å benytte samme metode. På den måten kan terapeuten muligens skape forventning hos klienten om at ”kan det hjelpe dem, kan det hjelpe meg”.

For å vise at andre klienter med liknende problematikk har opplevd bedring, var det noen av terapeutene i vårt utvalg som *formidlet en solskinnshistorie* eller en *historie om positiv endring*. Eksempelet under illustrer at terapeuten forteller hvordan han selv har overkommet prestasjonsangst:

T: [...] Og så på et punkt så var det sånn at, plutselig så sluttet jeg å beskytte meg, og så merket jeg hvordan den energien, den nervøsiteten var en veldig venn da, for den gjorde at jeg ble levende som foreleser, sånn at stort sett så får jeg gode evalueringer, for folk syns jeg er levende, tilstede og sånn, eller engasjert og veldig glad i faget mitt.

Betydningen av å fortelle historier om andre som har opplevd bedring, er noe Larsen og Stege (2012) trekker fram. Klientene i deres studie fant håp da terapeutene fortalte historier om andre klienter med lik problematikk, som hadde opplevd bedring. Slike håpefulle historier antydte at når andre har opplevd bedring i liknende situasjon, var det også håp for klienten selv å oppnå bedring (ibid).

Noen terapeuter forsøkte å gi klienten en *forventning om at denne terapien ville bli bedre enn tidligere terapier*, blant annet gjennom å kartlegge hva som ikke hadde fungert i den forrige terapien. Et eksempel på dette var:

T: Veldig fint og at du kan si hva du ikke ønsker. Litt sånn ut fra hva, sånn at vi ikke gjentar noe som ikke har fungert da.

Andre terapeuter kommuniserte eksplisitt til klienten *at det går an å få til endring*. Dette ble for eksempel gjort på følgende måte:

T: [...] og at, en del av de tingene som du beskriver er jo ting som det går an å jobbe med rent konkret altså. For eksempel dette med taletempo, kroppsposisjonering, intensitet i bruk av stemmen og sånt, ja, det går an [...]

Dette samsvarer med Greenberg et al. (2006) som mener at det er viktig at terapeuter har flere håpinspirerende uttrykk tidlig i terapien for å øke klientens prognostiske forventninger.

Forskerne hevder at dette blant annet kan gjøres ved å formidle til klienten at det er fornuftig å oppsøke hjelp, og at mennesker med psykiske vansker ofte responderer godt til behandling og at det dermed er gode prognoser (ibid).

De erfarne terapeutene *ga forventning om ny innsikt, de snakket om hva som skulle til for å nå et ønsket mål, de formidlet fordeler med psykologhjelp, de påpekte hva som kunne endres for å muliggjøre bedring, de opplyste om at det ikke trengte å være vanskelig å få til endring, og de koblet bedring direkte mot terapi*. Nedenfor er et eksempel på hvordan en terapeut påpekte hva som kunne endres for å muliggjøre bedring:

T: Det kan være at hvis vi greier å forstå noe mer av dem [tvangstankene], og oppdage hva de henger sammen med, hva det er de prøver å få til i livet ditt. Så kan det hende at de hvis vi nesten ser på tvangstankene som noe, en del av deg, driver med så kan det hende at den delen av deg ikke behøver å holde på så mye med det.

Terapeuten formidler her at gjennom å forstå tvangstankenes funksjon vil det bli mulig for klienten å ikke være så plaget av dem. Å gi klienten noen slike troverdige strategier og måter for å oppnå målet vil være viktig for å øke nivået av håp hos klienten (Snyder, et al., 2000). Snyder (1994) har utviklet en teori om håp hvor han skiller mellom det å ha evner til å planlegge og vurdere ulike veier mot måloppnåelse, som han kaller *pathway*-tenkning, og det han kaller *agency*-tenkning, som mer handler om å ha energi og motivasjon for å oppnå målet sitt. Å styrke klientens *pathway*-tenkning, slik som i eksempelet over, blir dermed en viktig oppgave for terapeuter som ønsker å styrke klientenes håp, og skape positive forventninger om å nå målet om bedring.

3.1.3 Signalisere tro på å nå målet

Mange terapeuter var opptatt av å *formidle en tro på at klienten ville få det bedre*, altså en tro på at klienten ville kunne nå målet sitt. For eksempel:

T: jeg tror det, er mulig å få til bevegelse, i dette, som du strever med

Terapeuten lar klienten her få vite at hun har tro på at de skal kunne klare å finne en måte for at klienten skal slippe å ha det vondt. Russinova (1999) definerer håpinspirerende kompetanse som "a creative and flexible integration of practitioners' hopeful stance about the client's potential for recovery with the practitioner's skills to utilize various hope-inspiring strategies" (s. 54). Dette kan tolkes som at *terapeutens håp* om klientens bedring også er et aspekt ved strategiene for å fremme klientenes håp. Det at terapeuten får formidlet at hun har tro på at klienten kan oppnå bedring, vil kunne være viktig for klientens egen grad av håp.

Betydningen av å formidle tro på klientens bedring, er det flere som har fremhevet (Miller, Hubble, & Duncan, 1999). Snyder (1994) trekker også fram hvor viktig det er at terapeuten har håp om at klienten kan oppnå endring. På den måten kan terapeuten være en god rollemodell for agency- og pathway-tenkning. Noen vil også hevde at håp er noe som oppstår når en profesjonell, eller en person man stoler på, formidler tro på et bedre utfall, selv når man ikke tror på det selv (Anthony, 1993; Russinova, 1999). Dufault og Martocchio (1985) intervjuet kreftpasienter som formidlet at håp involverte andre enn dem selv. Blant annet uttrykte de at realiseringen av deres eget håp var avhengig av andres handlinger og støtte, og at deres nivå av håp var avhengig av at andre delte deres håp (Dufault & Martocchio, 1985; Herrestad, 2009). En videre implikasjon av dette blir dermed at terapeuten også må gjøre et kontinuerlig arbeid med seg selv for å opprettholde sitt eget håp (Moore, 2005).

Noen av de erfarne terapeutene visste om en metode som kunne hjelpe klienten, og var dermed opptatt av å *signalisere tro på at metoden ville lette vanskene for klienten*:

T: Når man bearbeider på denne måten [EMDR], er man heldig, kan det ha fantastisk effekt!

Terapeuten opplyser klienten om at en bestemt metode de skal benytte i terapien, vil kunne ha god effekt, og terapeuten understreker at det er gode sjanser for positivt utfall. Frank og Frank (1991) hevder at på tross av de hundre ulike behandlingsmåtene som brukes i dag, vil terapeutens tiltro til og beherskelse av en utvalgt metode, være virksom gjennom å øke klientens tro på potensialet for å bli frisk. Hvis terapeuten klarer å formidle tillit til en metode,

vil dette altså kunne øke klientens tro på å kunne bli frisk. Andre terapeuter *antydde at terapi ville kunne hjelpe klienten*, for eksempel:

K: Det er nok vanskelig, men det skal vel kunne la seg gjøre, holdt jeg på å si. Håper jeg. Ja... Men jeg tror sikkert det er ganske mye jobb, liksom, for å snu på alle de negative tankene.

T: Ja, det er en kjempejobb – Fordi vi tenker at dette er jo negative tanker som ikke bare går på – altså som går på liksom hele deg selv som person da –

K: Ja. Ja, det er jo kjempe... Men det er klart, jeg har jo et håp om at jeg skal klare å forandre på det da.

T: Ja, ja, det er jo derfor du er her.

Ved at terapeuten sier ”ja, det er jo derfor du er her” tolker vi som at hun antyder at terapi vil kunne hjelpe klienten med å ”snu de negative tankene”. Samtidig *formidler terapeuten at problemet kan jobbes med* ved å si at ”det er en kjempejobb” men at ”det er jo derfor du er her”. En kan forstå dette som at terapeuten da får signalisert at hun har tro på at klienten vil kunne nå målet sitt ved å gå i terapi.

Blant de erfarne terapeutene var det kun én terapeut som *eksplisitt sa at terapi ville være til hjelp*:

T: Men det tror jeg, det er riktig av deg å begynne i terapi, og jobbe litt gjennom disse tingene her sånn at det ikke på en måte skal plage deg [...]

Terapeuten bekrefter her at klienten har gjort et klokt valg om å gå i terapi, og formidler at det vil kunne gjøre at hun kan få det bedre senere. Vi forstår dette som at terapeuten viser tro på at det å gå i terapi vil være en god måte for klienten å nå målet sitt på.

Frank og Frank (1991) mente at det var viktig å bekjempe klientens demoralisering for å skape håp og oppnå bedring. Ved å *avkrefte klientens negative syn på fremtiden* fikk terapeutene signalisert tro på at klienten ville kunne nå målet sitt om bedring:

T: Dette at du har angst, det er en grunn for at du har angst. Selv om du sa at du kanskje må lære deg å leve med det, det synes jeg er å resignere. Du er alt for ung i dag til å skulle resignere på den måten.

Terapeuten formidler her at det å lære seg å leve med angsten, ikke er noen god løsning for klienten da dette vil være å resignere. Samtidig kan det virke som at terapeuten signaliserer at angst er noe man kan få gjort noe med, og at klientens mål heller bør være et liv uten angst. Vi forstår dette som at terapeuten implisitt oppfordrer klienten til å ikke gi opp, og antyder at han har tro på at klienten kan nå målet om positivt utfall. Larsen og Stege (2012) påpekte at håp hos klienten inkluderer evnen til å se for seg en meningsfull fremtid selv når veien til denne fremtiden er uklar. De oppfattet håp som å bevege seg fra usikkerhet, til å få hjelp til å forstå at noe man håpet på kunne bli en del av fremtiden (ibid).

De erfarne terapeutene signaliserte også tro på at klienten ville nå målet sitt ved å *formidle at problemet kunne løses*, ved å *antyde effektivitet i terapi*, og ved å *gi forventning om at klienten hadde godt utgangspunkt for endring*. Et eksempel på sistnevnte var:

T: Så utgangspunktet vårt er veldig bra sant, fordi at du har, nå har du gått og så har du snakket om dette. Og så har du god innsikt i forbindelse og sånn.

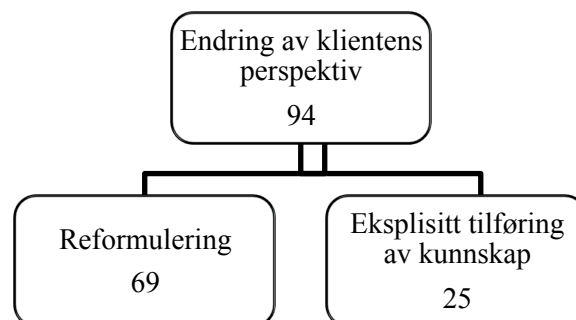
Ved å gjøre som de erfarne terapeutene i vår studie, får terapeuter signalisert tro på at klienten har gode muligheter for å bli bedre, og at de har gode forutsetninger for å klare dette. Samtlige terapeuter fremmet opplevelsen av håp ved å fokusere på målene, dog i varierende grad og på forskjellige måter (se vedlegg A).

3.2 Endring av klientens perspektiv

De erfarne terapeutene i vår studie forsøkte ofte å hjelpe klientene sine med å forstå seg selv og sin situasjon på en ny eller annen mer fordelaktig måte. Terapeutene gjorde dette på to delvis overlappende måter: gjennom *reformulering av klientens egen oppfattelse* eller ved *eksplisitt å tilføre klienten ny kunnskap eller informasjon* (figur 4).

FIGUR 4

Kategoriene for hvordan terapeutene endret klientens perspektiv



3.2.1 Reformulering

Ved å *omformulere klientens negative beskrivelser til positive*, kunne de erfarne terapeutene gjøre klienten oppmerksom på en annen måte å oppfatte seg selv eller situasjonen på. For eksempel:

T: Sånn at du – så tenk mest mulig vennlig om deg. Ikke tenk sånn at det er nervøse deg, men at det er følsomme deg. Og følsomhet betyr også engasjement. Og engasjement – hvis det – altså hvis det er noe verden trenger så er det engasjement hos folk.

Terapeuten foreslår her for klienten at istedenfor å tenke og bekymre seg over sin nervøsitet, så kunne klienten tenke på seg selv som følsom og engasjert, noe som er mer positivt ladet.

Vi så at noen terapeuter foreslo *alternative måter klienten kunne tenke om situasjonen eller problemet sitt på*:

T: [...] og da tenker jeg, at istedenfor at du skal tenke at, det som skjer det handler om ting jeg har opplevd før, for han litt gufne mannen du har vært sammen med, de traumetingene, så kan du tenke sånn, det er ikke rart at jeg reagerer, for jeg har opplevd vanskelige ting før i forhold til menn som jeg har vært glad i. Jeg har opplevd det før. Sånn at jeg skjønner utmerket godt at jeg reagerer [...]

Terapeuten foreslår her for klienten at en annen måte hun kan tenke om situasjonen på er at med det hun har opplevd tidligere, er det ikke så rart at hun reagerer som hun gjør. Det er mulig at det å få en slik alternativ måte å tenke på, kan hjelpe klienten til å forstå seg selv på en ny måte som gir mer håp om bedring.

Tidlige definisjoner av håp vektlegger sannsynligheten for å oppnå ønskede mål. For eksempel definerte Stotland (1969) håp som ”en forventning større enn null for å oppnå et mål” (s. 2, vår oversettelse). Nyere forskning har forøvrig rettet fokuset mot det essensielle ved *å se og oppdage muligheter* når håp skal skapes. Noen vil hevde at håp tillater individet å opprettholde en tanke om et personlig betydningsfullt, men for tiden, utilgjengelig utfall, og samtidig være aktivt orientert mot en ønsket, men usikker fremtid (Larsen & Stege, 2012). Håp vil med andre ord hjelpe klienter til å se muligheter for å kunne oppnå mål, og det blir derfor nærliggende å anta at det også kan være motsatt, hvor det å få tilført noen muligheter for å oppnå mål vil kunne fremme opplevelsen av håp. For demoraliserte og fortvilte klienter kan håpet og mulighetene det bringer med seg utfordre deres tro på at det ikke er noen fremtid å se mot og ingen nåtid verdig å delta i (Jevne, 2005). Det å få utvidet mulighetene, blant annet gjennom reformulering, kan altså være fundamentalt for å skape håp.

Det var vanlig at de erfarne terapeutene *normaliserte* klientens opplevelse. Dette gjorde de ved at de formidlet at det ikke var unormalt å tenke eller handle som klienten gjorde, tatt i betraktning de omstendighetene klienten befant seg i. For eksempel:

T: Men altså – jeg har liksom – det er ikke noe – jeg syns ikke det er noe rart, men jeg tenker – det er veldig typisk for – bare sånn –
K: Det kan jeg tenke meg, at det er liksom etter boka –
T: Ja, litt sånn etter boka. Fordi at – Og det er jo ikke noe rart –

Terapeuten bruker ord som at det er *ikke er noe rart* og at det er *veldig typisk* at klienten har det på denne måten, altså at det ikke er noe spesielt underlig eller galt med klienten som har

det slik. Ved å omformulere på denne måten kan en tenke seg at terapeuten hjelper klienten til å se muligheter fremfor problemer, og holde et optimistisk blikk på fremtiden, fremfor et pessimistisk (Larsen & Stege, 2012). Samtidig vil det muligens også kunne hindre at klienter ser på seg selv som unike og uhjelpelige, som videre bidrar til å svekke demoralisering og øke nivået av håp.

De erfarne terapeutene kunne også *ufarliggjøre klientens problematikk eller reaksjoner, avskrekke og forenkle klientens opplevelser, avkrefte klientens negative selvbeskrivelse, oppmuntre til å visualisere bedring, og ufarliggjøre det å skulle gå i terapi*. På den måten fikk terapeutene formulert klientenes opplevelser i mer håpefulle vendinger. Et eksempel på hvordan terapeuten avskrekket og forenklet var:

T: Jobb med å komme i gang, med å åpne boka og les! Du skal ikke ta eksamen i morgen.

K: å ja, skal jeg bare begynne på det nå og så ikke tenke på eksamen?

T: Ja ja ja

Terapeuten fikk her klienten til å tenke annerledes ved å la oppgaven høres enkel ut, samtidig som den hørtes mindre skummel, og dermed mer attraktiv å begi seg ut på. Å reformulere på denne måten kan gi klienten nye muligheter for å tenke om situasjonen sin, fremfor å fokusere på problemene.

I Larsen og Stege (2012) sin studie av klienters erfaringer med håp, fortalte klientene at det å få nye og utvidede synspunkter førte til flere muligheter for tenkning, følelser, og handling. Likevel påpekte forskerne at reformulering ikke nødvendigvis endret situasjonen eller skapte nye muligheter, men heller at det ga ny forståelse av situasjonen. Klientene ble på en måte dratt fremover med et nytt syn på sine omstendigheter, et nytt syn som innebar nye forventninger (ibid). Faktisk ser det ut til at det å omforme klientens forventninger eller forutsetninger er grunnlaget til bortimot alle store psykoterapimodeller (Greenberg, et al., 2006).

3.2.2 Eksplisitt tilføring av kunnskap

Mange av de erfarne terapeutene i vår studie *ga klienten forklaring* på det de opplevde og sin situasjon.:

T: [...] altså barn kan ikke redde andre mennesker, du kunne ikke redde denne gamle mannen du ble så rørt over,

K: Nei

T: du kunne ikke gjøre noe for han,

K: Nei

T: ikke sant og at det er en slags kime til en eh til en negativ selvbekreftelse som fører til en slags sånn veldig lav selvtillit da, altså at man har en for subjektiv virkelighetsoppfatning

/Ja

/at man tror at det er liksom DIN oppgave å redde verden, holdt jeg på å si [...]

Her gir terapeuten forklaring på hvordan klienten kan ha utviklet lav selvfølelse, og gir dermed klienten en ny måte å forstå seg selv på, som kan virke mer oppbyggende enn nedbrytende på selvet. Dette er i tråd med Strupp (1986) som hevder at i alle former for psykoterapi er terapeuten en lærer som gir klienten ny informasjon i en interpersonlig kontekst, og som gjør det mulig for klienten å få utbytte av læringen.

Å eksplisitt tilføre klienten kunnskap, kan også oppfattes som en måte å endre klientens perspektiv på. Frank og Frank (1991) holder fram at det å oppleve nye erfaringer i terapi kan "øke moralen ved å vise klienten potensielt hjelpsomme alternative måter å se på seg selv og sine problemer" (s. 46, vår oversettelse). Cutcliffe (2006) viste i en studie av sørgende, at det å bli mer bevisst på seg selv og hvordan man tenker og føler, og at man alltid har visse muligheter og valg, kunne fremme håpsfølelsen.

Ved å formidle *psykoedukasjon*, kunne også de erfarne terapeutene tilføre klientene kunnskap om seg selv og lidelsen. Dette var kunnskap som kunne sette klientenes opplevelser i et nytt lys:

T: Og det som er farlig med spiseforstyrrelse, er jo at disse tankene henger seg opp i hodet ditt, når.. når du også har mye stress, så påvirker jo det hodet ditt eller hjernen, hvordan den fungerer. Og da gjør det at hjernen produserer noen trans, sånn der stoffer ikke sant, som gjør at den rigiditeten blir.. altså sånne tanker om disse spisetankene.. disse redde tankene, eller tykke tankene, de henger seg mer og mer opp jo mer stresset du blir, og jo tynnere du blir så du gjør noe med hjernen din også. som er med på å vedlikeholde.. dette. Og forsterke det. Så det er.. du må tenke litt på dette til neste gang.

Terapeuten forklarer her hvordan lidelsen arter seg i kroppen og hodet, og hvordan dette vedlikeholder lidelsen. Klienten får informasjon som kan bidra til en ny og bedre forståelse av seg selv og hvordan det går an å jobbe med problemet. Frank og Frank (1991) mener at det å formidle en "tiltrekkende myte" eller terapeutisk rasjonale, som forklarer klientens opplevelser og symptomer, og videre hvordan terapien kan forbedre disse symptomene, er en av fire fellesfaktorer for å oppnå bedring i psykoterapi. Klienter som tror på og er enig med "myten" vil kunne øke sin beslutsomhet om å jobbe med bedringsfokuserte terapimål (Miller, et al., 1999).

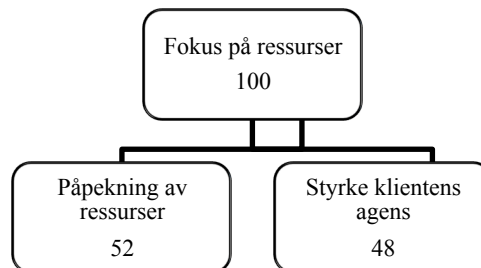
Ved å reformulere klientens opplevelser og eksplisitt tilføre klienten kunnskap kan altså terapeuter bidra til at klienter får en ny måte å forstå seg selv og sin situasjon på. Forskning har vist at dette kan se ut til å fremme opplevelsen av håp og videre motivere klienten til å jobbe målrettet i terapien.

3.3 Fokus på ressurser

Analysen vår viste at de erfarne terapeutene vi studerte var typisk opptatt av å fokusere på ressurser, og måtene de gjorde dette på kunne grovt deles inn i to kategorier: *påpekning av ressurser* og *styrking av agens* (figur 5).

FIGUR 5

Kategoriene for hvordan terapeutene fokuserte på ressurser



3.3.1 Påpekning av ressurser

De erfarne terapeutene var ofte opptatt av å *påpekte klientens indre ressurser* (se vedlegg A), dvs. ressurser som ligger iboende hos klienten, som evner og trekk, til forskjell fra ytre ressurser som familie, venner og andre støtteordninger. Et eksempel på påpekning av indre ressurser var:

T: [...] - min tro på deg. Fordi at det vil bli sånn – Altså at du vil være en foreleser som trives i foreleserrollen, fordi at du har et formidlingsbehov, for det merker jeg veldig hos deg. Du har ting på hjertet.

Et annet eksempel var:

T: På samme tid så høres det ut.. og jeg opplever deg som en fyr som har reflektert mye og på mange måter også kjenner mye av deg selv.

Terapeutene påpeker i de to eksemplene sider ved klienten som er positive i seg selv, samtidig som at dette er ressurser som vil være nyttig i det terapeutiske arbeidet. Dette er i tråd med forskningen til Russinova (1999) som har laget den konseptuelle modellen av relasjonen mellom håp og bedring, som ble nevnt innledningsvis. Russinova hevder at terapeuter kan bidra til å fremme håp hos klientene blant annet ved å påpeke de ytre og indre ressursene som er nødvendig for bedringsprosessen. En av de håpinspirerende strategiene hun nevner er å mobilisere klientens indre ressurser som vil øke klientens mestringsstrategier, selvfølelse, og tro på egne styrker (ibid). Videre mente Russinova at så fort håp blir skapt hos klienten, vil også det fungere som en indre ressurs, samt bli en viktig kilde for klientens motivasjon for

positiv endring. På den måten fungerer håp både som en kilde til og utfall av bedringsprosessen (ibid).

Noen terapeuter *roste eller bekreftet klientens egenskaper*. Her er et eksempel på dette:

T: Men du har veldig mange ting som jeg tenker du verdsetter og som andre verdsetter. Og så har du tillit, du er tillitsfull. Egentlig har du sånne verdifulle ting, altså.

Terapeuten trekker fram egenskapene til klienten, og uttrykker samtidig at det er gode egenskaper å ha.

Det var ikke bare egenskaper terapeutene roste eller bekreftet, men de trakk også fram *mestringsstrategier* som de observerte at klientene benyttet. For eksempel:

T: Det høres veldig sunt ut.

[...]

T: Og du har kanskje – ja, lært mer enn andre om å holde ut livet med en som.. er så veldig skiftende da -

Terapeuten påpeker at det å holde ut med en skiftende person har lært klienten noe, og antyder at dette også kan benyttes på en positiv måte. Dette kan forstås som at terapeuten formidler at klienten har noen viktige ressurser, og samtidig kan det tolkes som at hun antyder at klienten benytter disse ressursene på en god måte i dag. Støtte for dette finner vi i en studie av håp hos dødssyke pasienter fant Herth (1990) fant at pasientene oppfattet det som håpinspirerende å få hjelp til å fremme positiv tenkning og skape muligheter for å styrke mestringsstrategier.

Å *bekreft klientens positive selvbeskrivelser* og det å rette fokuset mot klientens *tidligere mestringsstrategier*, var også måter terapeuten fikk påpekt klientens ressurser på. På den måten fikk terapeuten vist at klienten hadde noe ved seg som var positivt og ofte nyttig i arbeidet de skulle gjøre sammen mot klientens bedring. Ressursfokus bidrar også til å opprettholde optimisme, noe som også har blitt påpekt som viktig for å opprettholde håp (Day, 1991).

Herrestad (2009) var opptatt av at noen former for påpekning av styrker kunne bidra til at klienten ble minnet om tidligere mestring og positive opplevelser. Han påpekte at minner om tidligere mestring er en forutsetning for å være i stand til å se for seg at ønskelige tilstander kan realiseres. Dermed vil det å få hjelp til å huske slike tilstander, kunne vekke håp (ibid). Et eksempel på hvordan de erfarne terapeuter fokuserte på tidligere mestring er:

T: Ja, for det er akkurat det jeg satt med i bakhodet akkurat nå – det var liksom dette her at – det er dette at du har jobbet mye med dette.

K: Ja.

T: Du har forandret deg – Nå har du forandret adferdsmønsteret i forhold til henne, du har – ja – Og det – Du har jo satt mye ord på følelsene. Du har snakket med folk om det –

K: Ja.

Terapeuten påpeker her at klienten allerede har fått til mye bra på egenhånd, blant annet satt ord på følelsene sine, og antyder også at klienten har ressurser som de kan få bruk for i sitt terapeutiske arbeid. Den demoraliserte klienten som oppsøker psykoterapi opplever ofte at tidligere mestringsstrategier ikke strekker til (Frank & Frank, 1991). Grawe (2004) trekker fram at intervensjoner som da fokuserer på ressurser i klienten, vil forsterke deres syn på egne evner og ha potensiale til å øke nivået av positive forventninger til bedring. Deretter kan klienten bruke de positive forventningene som en slags katalysator for terapeutisk endring.

Larsen og Stege (2012) fant også at det å belyse klientens personlige styrker økte klientens håp i terapi. Klientene i denne studien opplevde håp når terapeuten påpekte styrker og la vekt på ressursaspekter ved klientenes historier (ibid). En av klientene i studien slet med å få kontroll over alkoholmisbruk og var usikker på sine evner til å nå målet sitt. Terapeuten spurte da etter tidligere erfaring med å sette seg mål og fullføre dem, noe vi i vår analyse kaller *påpeking av tidligere mestring*. Klienten rapporterte da i ettertid at ”det fikk meg til å se noe bra jeg får til. Terapeutens spørsmål var noe jeg hadde gjennomført. En følelse av oppnåelse [accomplishment] var den håpefulle delen av det” (s. 50, vår oversettelse) (ibid). Dette bringer oss over på det andre aspektet ved terapeutenes ressursfokus, som vi skal se omhandler hvordan terapeutene styrket klientenes agens.

3.3.2 Styrke klientens agens

Ved å *påpeke klienten som endringsskaper* fikk de svært erfarne terapeutene vist at klienten kunne gjøre mye for seg selv som kunne være til hjelp på veien mot bedring:

T: Ja, at du greier å liksom take a look at the bright side nærmest?

K: m-m.

T: Ja.. Hm. Hvordan kjennes det ut da? Når du gjør det? Hva gjør du for deg selv ved å gjøre det?

K: Hva skal jeg si da, du blir på en måte ikke så bekymret da

[...]

T: Sånn at du-, du bidrar selv til en slags sånn mer god spiral, enn en negativ spiral

Terapeuten påpeker her at klienten selv bidrar til en god spiral, og forsøker da å styrke klientens tro på hans egne evner til å oppnå positive endringer. Herrestad (2009) påpekte i sin gjennomgang av begrepet håp, at det å tro at man *selv* kan påvirke nivået av håp vil gi en enda

sterkere form for håp, fordi et slikt håp gir motivasjon for planlegging og handling (ibid). Å styrke klientens agens har vi tolket som å styrke klientens tro på seg selv som aktør i terapiprosessen, og som en som kan føre seg selv mot bedring. Dette er i samsvar med Miller et al. (1999) sin definisjon om mennesker som fundamentalt aktive, i konstant bevegelse, og som håndterer seg selv og omgivelsene. Snyder (1994) ville ment at ved å påpeke at klienten kan være endringsskaper, som i eksempelet over, får terapeuten styrket klientens agens, altså får klienten en styrket oppfatning om at han har evne til å nå et mål gjennom egen handling. De erfarne terapeutene forsøkte også å gi *klienten medbestemmelse* over for eksempel hva de skulle fokusere på i terapien:

T: [...] Og når jeg sprø deg om det så betyr ikke det at du nå må velge et fokus og så holder vi bare på med det. For det er naturlig at vi snakker rundt omkring livet ditt. Men jeg kjenner at du nevner mange felt, mange ting som jeg får lyst til å høre mer om, spørre deg mer om, så det jeg egentlig kanskje spør deg mer om nå er hvor har du lyst til at jeg skal være med deg videre? I første omgang?

Og en annen terapeut sa:

T: Hva har du behov for, hva har du lyst til, hva har du et ønske om at vi skal fokusere på?

Disse erfarne terapeutene sier på ulike måter ”Det er DU som bestemmer hva vi skal snakke om her”. Vi kan forstå dette som at klientene på denne måten både vil kunne føle at de tar del i sin egen bedringsprosess, men også at de får påpekt at det er dem selv som vet hva som er best for dem. Dette synes å underbygge terapeutens formidling av klientens medansvar for terapien. I en studie av hvordan terapeuter kan fasilitere håp hos klienter i sorg, fant Cutcliffe (2006) at når klientene følte økt kontroll over sin bedringsprosess, følte klientene seg mindre maktesløse, mindre ”overkjørt”, og mindre manipulert av omgivelsene. Ved at klientene fikk føle at de hadde et snev av kontroll, ble de også mer håpefulle (ibid).

Terapeuten kunne også *degradere seg selv som allvitende* for å fremme klientens følelse av å være en aktiv agent i eget liv og i terapiprosessen:

T: Jeg ser på meg som ikke en som sitter med svarene, jeg er mye mer en som kan stille spørsmål og få deg til å finne ut av ting inni deg. Jeg jobber ikke på en sånn måte at JEG vet hva som er rett og galt.

Terapeuten lar klienten her få vite at selv om terapeuten er ekspert på psykisk helse, så er ikke terapeuten ekspert på klienten. Dette kan forstås som at terapeuten gir klienten ansvar for å formidle hva som trengs for å oppnå ønsket utfall. Klientdeltakerne i studien til Larsen og Stege (2012) opplevde også mer håp da de begynte å se seg selv som agenter med evner til å påvirke meningsfulle utfall. Det var altså øyeblikk i terapitimen som gjorde det mulig for

klientene å utvikle en følelse av ”jeg kan” eller ”jeg kan klare”, og det å få tilgang til en følelse av personlig kontroll, gjorde at de følte seg håpefulle (ibid). Dette støtter vår antakelse om at å signalisere at klienten får medbestemmelse, degradere terapeuten som allvitende, og påpeke klienten som endringsskaper, vil kunne være strategier for å øke klientens håp.

Flere av de erfarne terapeutene ga klienten mulighet til å bestemme hva slags metode de ønsket å benytte i terapi, om terapeuten skulle være aktiv eller passiv, tydelig eller mer forsiktig. Terapeutene var altså *åpne for klientens preferanser*, noe som også kunne bidra til at klientene fikk tro på seg selv som ansvarlig i terapien. Å etterkomme slike ønsker fra klienten, ville også kunne være en viktig kilde til motivasjon for klienten. Mye forskning støtter opp om en slik antakelse. Elkin et al. (1999) undersøkte overensstemmelsen mellom klientens behandlingsønske, inklusive hva de trodde ville være til hjelp for dem, og den behandlingen klienten faktisk fikk. Forskerne fant at de klientene som fikk den behandlingen de ønsket, hadde større sannsynlighet for å fortsette behandlingen. Chamodraka (2009) fant også noe liknende da hun intervjuet klienter med variert problematikk etter terapitimer der de hadde fått særlig utslag på et måleinstrument som målte håp. Her fant hun at overensstemmelsen mellom klientens preferanse og terapeutens input, økte klientens tro på terapiprosessen, som igjen kunne være startskuddet for fasilitering av håp om positivt utfall. Dermed blir det viktig å spørre klienten om hva slags terapi vedkommende ønsker, samtidig som det blir viktig å styrke klientens autonomi og eierskap til problemløsningsforsøkene (ibid).

Noen terapeuter forsøkte å *oppmuntre klienten til å utfordre seg selv* og gå litt utenfor sin egen komfortsone. Terapeutene signaliserte en tro på at klientene kunne få til noe mer enn det de fikk til på nåværende tidspunkt. Lohne (2008) undersøkte hvilken mening pasienter med ryggmargsskade tilla ordet *håp* og håpsprosessen de tre-fire første årene med rehabilitering etter skaden. Her fant hun blant annet at håp inspirerte pasientene til å finne nye og kreative løsninger, samt at det å utfordre sine egne grenser ble opplevd som håpefullt (ibid). Videre fant også Lohne (ibid) at å oppleve hjelpeløshet, avhengighet og nederlag, resulterte i lidelse og fortvilelse. Dette er aspekter som kan knyttes til opplevelsen av for lite agens, og som kan endres ved hjelp av de overnevnte strategiene, samt de øvrige strategiene de erfarne terapeutene i vår studie benyttet. Dette var for eksempel å *hjelp klienten til å se måter de tidligere har hjulpet seg selv, formilde at enkle knep kan gi stor forandring*, og å *bekreft klientens måte å tenke om problemet på*.

Det å gi klientene en tro på at det finnes ressurser i dem, og rundt dem, som vil være nyttig for å mestre lidelsen og komme på bedringens vei, vil være måter å fremme klientens

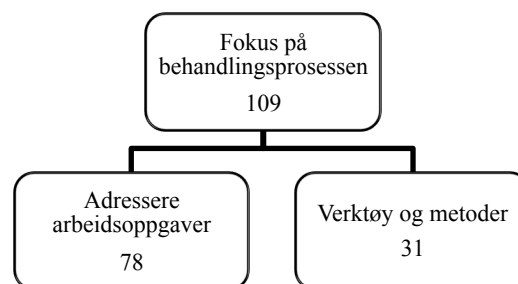
opplevelse av håp. Dette vil bidra til at klientene får tenkt gjennom hva de *kan* klare, fremfor å fokusere på begrensningene sine.

3.4 Fokus på behandlingsprosessen

Analysen vår viste at det var typisk for de erfarne terapeutene å snakke med klientene om *hva slags verktøy og hvilke metoder* de kunne benytte i terapien, og hva slags *arbeidsoppgaver* og prosesser som ville gi best resultat (figur 6). Dette hjalp klienten til å få et mer tydelig bilde av hvordan de skulle jobbe i behandlingen. Samtidig kunne det gjøre terapien mer forutsigbar og motiverende, og det ville kunne gjøre det lettere for klienten å se for seg at det er mulig å nå målet for terapien. Greenberg et al. (2006) støtter det at å sosialisere klienten til terapiprosessen vil være en viktig strategi for å fremme opplevelsen av håp. Ofte vil det også ha en positiv effekt på klientens aktive deltakelse i behandlingsprosessen og i tillegg hindre drop-out, og direkte bidra til klientens bedring (ibid).

FIGUR 6

Kategoriene for hvordan terapeutene fokuserte på behandlingsprosessen



3.4.1 Adressere arbeidsoppgaver

Det var typisk for de erfarne terapeutene å gi klientene en *forventning om hva de skulle jobbe med* i terapien, og mange ga også klienten en forventning om *hvordan de skulle jobbe sammen*. På den måten kunne klientene forberede seg på det arbeidet som for mange både kan være vondt og vanskelig. Her er et eksempel på det:

T: Men når jeg sier til deg at det høres ut som sånn hvis vi skal velge et fokus, så er det tvangstankene, og at vi kan nærme oss dem på litt ulikt vis. Vi kan snakke om historien, vi kan se på [...] om det går an å gjøre noen inngrep med dem i hverdagen din nå og vi kan se på hvordan det er for deg når de ikke er der.

Terapeuten lager her en forventning om at terapeut og klient skal jobbe med tvangstankene til klienten og antyder at det er flere måter å gjøre dette på. At klienten får noen forventninger om prosessen vil kunne bidra til å gjøre prosessen mer konkret og forutsigbar, noe som vil

kunne skape trygghet rundt terapien og videre gi håp om at dette tiltaket vil være bra for klienten. Samtidig hjelper terapeuten klienten med å *velge ut et fokus* og blir ganske *konkret om arbeidet* de skal gjøre.

Terapeutene i vårt utvalg forsøkte også å hjelpe klientene med å *identifisere faktorer som kunne bidra til bedring*:

T: Ok. Så det at du ser at økonomien din kan gå bra, det bidrar også til at du har det litt bedre.

K: Det gjør det.

[...]

T: Er det andre ting?

K: Nei.. men jeg tror nok at.. Når du på en måte kommer bare et hakk opp da, så ser du helt.. så ser du mye mer muligheter i stedet for problemer da.

T: Og hva er det du får øye på? Når du kommer et hakk opp?

At terapeuten her har et positivt fokus rettet mot *hva* som faktisk hjelper, samt oppfordrer klienten til å se på mulighetene sine, kan bidra til at klienten kan få mer tro på at bedring er innen rekkevidde. Det fremtredende kognitive perspektivet på håp er Snyders (1994) håpsteori. Som tidligere nevnt definerer modellen håp som målrettet tenkning, der håp består av *agency-tenkning*, altså å ha energi og motivasjon til måloppnåelse, og *pathway-tenkning*, som vil si å planlegge og vurdere ulike veier mot måloppnåelsen. Man kan tenke seg at klienter som starter i terapi ofte har et stort mål som har blitt blokkert. I følge håpsteorien til Snyder (1994), vil da den optimale intervensjonen inkludere at terapeuten formulerer et sett med tydelig definerte mål, som igjen vil være koblet til *troverdige strategier ("pathways") for måloppnåelse* (Snyder, et al., 2000). Intervensjoner fra terapeuten som identifiserer faktorer som bidrar til bedring, konkretiserer arbeidet de skal igjennom, eller gir forventning om hvordan terapeut og klient skal jobbe sammen, vil altså potensielt kunne gi klienten noen "troverdige strategier for måloppnåelse" (*pathways*) (ibid).

Videre postulerer håpsteorien at når man blir stilt ovenfor vanskelige mål, er den beste og mest adaptive fremgangsmåten å dele målet opp i mindre og mer oppnåelige delmål (Snyder, et al., 2000). Noen ganger kan man fremme håp ved å stille visse krav til klienten, såfremt klienten kan klare å oppnå dem (Stotland, 1969). Dette forutsetter at kravene er realistiske i forhold til klientens funksjonelle nivå. Terapeutene i vår studie hadde også ulike måter å *identifisere delmål* på. Dette gjorde de blant annet gjennom å *vektlegge det klienten faktisk kunne klare å gjøre på det nåværende tidspunkt*, og ved å *kartlegge små steg som kunne være til hjelp*. Et eksempel hvor terapeuten gjør begge deler er:

T: Når du sier det at du våkner til en dag som ikke inneholder noe. Så har du nettopp sagt at det å skape en god atmosfære mellom deg og samboer, det er viktig. Der har du noe å gjøre, noe veldig veldig viktig, og det er der hver eneste dag.

[...]

T: Jobbe med å prøve å ha en viss struktur på dagen din, ville det være til hjelp for deg?

Her kan det se ut som at terapeuten forsøker å holde motet oppe hos klienten ved å påpeke at det faktisk er noen ting klienten får til, og at det er noe meningsfullt klienten kan fylle dagene sine med. Samtidig foreslår terapeuten at ett delmål kan være å få struktur på dagene til klienten. Å få presentert situasjonen sin og mulighetene på en slik måte vil få jobben mot bedring til å virke mindre tung og mer gjennomførbar. Forskning har vist at personer med høy håpskåre ofte lager delmål når de blir stilt ovenfor vanskelige mål (Snyder, 1994). For klienter i psykoterapi, er ofte saken nettopp at de føler seg håpløse og dermed heller noe ineffektivt forsøker å finne en løsning på problemet uten å dele det opp i mindre biter. Å hjelpe klienten til å identifisere delmål vil dermed kunne bidra til at klienten oppdager en mer effektiv måte å oppnå bedring på, noe som fremmer håp (Snyder, et al., 2000).

Ved å *utforske hva som hadde virket for klientene tidligere*, fikk de erfarne terapeutene også gitt klientene noen forventninger om behandlingsprosessen. Denne kartleggingen kunne brukes i det videre arbeidet ved å få oversikt over hvilke ”pathways” som kunne brukes om igjen, og samtidig få antydning at noe av jobben allerede var gjort:

T: Hva har du gjort før, akkurat hva du har gjort. Hadde du tenkt på forhånd hva slags ting du skulle si til deg selv, eller hvordan fikk du i gang den stemmen?

Andre terapeuter *utforsket hva som hadde virket i tidligere terapier*, blant annet for å undersøke hva som kunne være viktig for å få til et godt samarbeid denne gangen:

T: ja.. og veit du, hva var det ved henne som gjorde at det var varmt og trygt?

K: måten hu snakka på, stemmen [...]

Flere av de erfarne terapeutene rettet *fokus mot hva som var viktig i bedringsprosessen*, eller brukte tid på å *sortere hva klienten trengte å jobbe med*. Andre terapeuter adresserte arbeidsoppgavene ved å *fokusere på det som kunne endres, oppfordret til å fokusere arbeidet, oppfordret til å starte arbeidet og snakket om det å ha selvempati*.

Fellestrekkene ved det at terapeutene adresserte arbeidsoppgavene var at det hjalp klienten til å oppdage strategier for måloppnåelse, og det skapte en forutsigbar og motiverende terapi som videre kunne bidra til å fremme klientens håp.

3.4.2 Verktøy og metoder

Noen av de erfarne terapeutene i vår studie var opptatt av å *formidle konkrete verktøy* og metoder som kunne være til hjelp i behandlingsprosessen. Det varierte hvor mye slike strategier ble benyttet, der noen terapeuter ikke gjorde dette i det hele tatt, mens andre brukte det veldig mye (se vedlegg A). For å opprettholde håpet tidlig i terapien, er det helt nødvendig at klienten innledningsvis får besvart det fundamentale spørsmålet ”hvordan kan terapi hjelpe meg” (Snyder, et al., 2000). Hvis klienten tidlig får noen fornuftige strategier (”pathways”) for å nå målet sitt om bedring bør håpet kunne opprettholdes (ibid). Eksempelet under viser hvordan terapeuten i vår studie besvarte dette fundamentale spørsmålet ved å *formidle konkrete verktøy*:

T: Hvis du har den aksepterende innstillingen om at dette er en del av mitt liv, det er noe jeg ønsker å ha vekk, men det har blitt en del av mitt liv, den angsten. Så kan du tenke at det blir et signal på at nå skal jeg lytte til meg sjøl [...] så jeg skal være i akkurat de situasjonene hvor jeg har det vanskelig, så skal jeg være verdens beste venninne ovenfor meg selv. [...] Det der er vanskelig, men du bare forsøker å innta litt den. Og så vil skamfølelsen komme, flauhet over alle disse, og så er tankegangen at du forsøker å romme det.

K: Det er veldig godt å høre deg si for det gir meg liksom litt håp også for jeg føler jeg har vært litt sånn motløs.

(verktøyene er understreket)

Ved å formidle verktøy slik som terapeuten gjør her, vil klienten kunne oppdage nye muligheter for hvordan det går an å jobbe med sine plager, og klienten kan dermed få håp om at plagene eller problemene kan mestres.

Noen av terapeutene fortalte konkret for klienten *hvordan en metode kunne virke*, som i dette eksempelet hvor terapeuten forklarer hvordan EMDR-behandling virker.

T: [...] da tenker vi jo dette her med at du letter en informasjonsbearbeiding i hjernen, kanskje de to hjernehalvdelene samarbeider bedre, du har samtidig hentet opp følelser, kroppskorrelater, og dermed får det kognitive og det følelsesmessige anledning til å møtes og likestille hverandre, noe som er gunstig for en mer fullstendig bearbeiding enn den bearbeidingen som skjer når vi bare blir fortalt at vi skal tenke konstruktive tanker, ikke sant kan du ikke tenke at det var hun som var gal. ”jo jeg prøver å tenke det som bare det, men det sitter her i magen allikevel” sier folk, ikke sant / ja nemlig (ler litt)

Terapeuten forklarer her for klienten hvordan behandlingsmetoden de skal bruke kan være til hjelp ved bearbeidingen av de vanskelige temaene som blir tatt opp i terapien. Dermed kan det bli det tydeligere for klienten hva de skal jobbe med i terapien, hvordan de skal gjøre det, og hvordan metoden kan hjelpe henne. Dette kan videre bidra til en mer positiv forventning om at problemet kan løse seg. Flere forskere har påpekt denne sammenhengen mellom håp og det å forklare metoden som benyttes i terapi. Greenberg et al. (2006) fant at det å gi klienten

informasjon om hva slags metode som skulle benyttes, hvordan denne metoden virker samt at det kreves at klient og terapeut samarbeider for å oppnå endring, ble ansett som en viktig strategi for å fremme håp hos klienten. Det å forklare hvordan en metode kan hjelpe klienten til å bli kvitt symptomer anser Frank og Frank (1991) som én av fire fellesfaktorer for å skape håp og svekke demoralisering hos klienten i psykoterapi.

Noen terapeuter forsøkte også å kartlegge *hvilke metoder og tiltak som ikke hadde fungert for klienten tidligere*. Gjennom slik utforskning viste de for klienten at de ikke ønsket å bruke metoder som tidligere hadde vist seg å ikke passe for vedkommende. Dette vil kunne gi klienten håp om bruk av bedre metoder i denne terapien, og da også håp om et bedre utfall.

Videre var det terapeuter som ga *begrunnelser for måten de skulle jobbe i terapirommet*, noen *formidlet fordeler ved en konkret metode*, og andre *formidlet hvordan en konkret metode kunne hjelpe klienten*. Alle disse måtene å snakke om verktøy og metoder på tenker vi hjalp klienten å se nye muligheter for seg selv og terapien de skulle gjennomgå, og de fikk dermed besvart det fundamentale spørsmålet om hvordan terapi vil kunne være til hjelp. Snyder et al. (2000) tenker seg at dette vil inspirere til håp siden det vil kunne styrke både pathway-tenkningen og agency-tenkningen til klienten. Å få fokus på hvordan behandlingen skal hjelpe vil kunne gi klienten forsikring om at den nylig genererte strategien ("pathway") om å oppsøke en terapeut vil kunne bli effektiv. Samtidig vil det stimulere agency ved at *klientens* beslutning om å oppsøke terapeut vil vise seg å ha vært bra (ibid) .

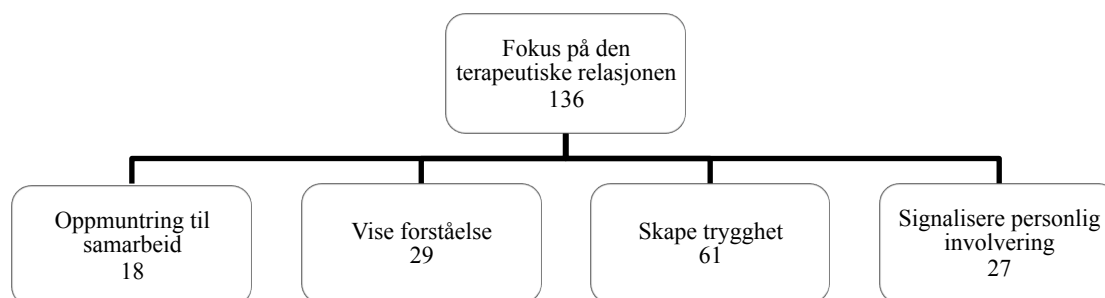
3.4 Fokus på den terapeutiske relasjonen

Det som virkelig betyr noe i psykoterapi, er ikke én bestemt teknikk, men den fundamentale kraften i den interpersonlige relasjonen. Uten tvil, den kraften er håp. Terapeuten er klientens bro av håp tilbake til en levelig og håndterbar verden. (s. 97, vår oversettelse) (Smith, 2007)

De erfarne terapeutene jobbet for å skape et fellesskap, vise forståelse, og skape trygge rammer for klienten. På den måten fikk de formidlet til klientene at de var tilgjengelige for dem, at de ønsket å stille opp og at de ønsket å hjelpe dem gjennom lidelsen. I figur 7 ser vi måter vi tolket at de gjorde dette på:

FIGUR 7

Kategoriene for hvordan terapeutene fokuserte på den terapeutiske relasjonen



3.5.1 Oppmuntring til samarbeid

Noen av de erfarne terapeutene *påpekte at samarbeid var viktig for endring*, og antydte dermed at gjennom å jobbe sammen med terapeuten ville klienten øke sin sannsynlighet for å bli bedre. Norcross (2002) anser samarbeidet mellom terapeut og klient som et viktig element for positivt utfall i terapi. Dette begrunner han med at klientene vil være mer fornøyd med terapitimene dersom de opplever et positivt samarbeid med terapeuten. Videre vil denne tilfredsheten kunne fasilitere økt delaktighet og hindre drop-out (ibid).

Noen terapeuter uttrykte *lyst og ønske om å samarbeide* med klienten. Vi forstod dette som en måte for terapeutene å skape trygghet hos klientene om at de ville stille opp for klientene gjennom hele bedringsprosessen:

T: [...] For det er naturlig at vi snakker rundt omkring livet ditt. Men jeg kjenner at du nevner mange felt, mange ting som jeg får lyst til å høre mer om, spørre deg mer om [...]

Terapeuten viser her interesse for klienten og hans problemer, og signaliserer at hun ønsker å hjelpe. I en studie som utforsket hvordan samarbeid var relatert til utfall av terapitimen, ba Orlinsky og Howard (1967) klienter og terapeuter om å vurdere prosessen og utfallet av terapitimer. I timer som ble vurdert som ”gode”, rapporterte klientene ønske om et nært samarbeid med terapeuten, og terapeutene rapporterte at de forsøkte å øke klientens innsikt og selvfølelse. Dette viser at fra et klientperspektiv er samarbeid av stor betydning for terapien, og at det blir en viktig oppgave for terapeuter å styrke dette båndet, og ikke bare ha fokus på å jobbe med mer spesifikke teknikker som har til hensikt å øke klientens innsikt og selvfølelse.

En annen tilnærming terapeutene benyttet var å kommunisere til klienten en *forventning om at samarbeid ville kunne føre til bedring*. Samarbeidet ble poengtert gjennom å snakke i ’vi-form’. For eksempel:

T: Det som er viktig er at vi får til hva det er du trenger, og hva du føler er til hjelp for deg, og hva det er som ikke er til hjelp for deg. Sammen kan vi prøve å finne ut av det.

Når terapeuten her snakker om at de *sammen* skal finne ut av hva det er klienten trenger, vises det da til gjensidigheten i arbeidet. Terapeuten viser respekt for det klienten selv tenker om seg selv og sin situasjon. Videre formidler terapeuten at hun vil hjelpe til med å finne ut hvordan de best kan forstå klienten og jobbe mot målet. Også ved å snakke om ”hva vi sammen kan gjøre for best resultat”, og gjennom utsagn som ”vi samarbeider for at du skal stå på beina”, formidlet terapeutene at de ville stille opp for klientene hele veien mot bedring. Støtte for dette finner vi hos Creed og Kendall (2005) som utforsket hvilke spesifikke terapeutiske handlinger som kunne bidra til klientens oppfattelse av en god allianse. Her fant de at *samarbeidsatferd* inkluderte at terapeuten presenterte behandlingen som en laginnsats, at terapeuten hjalp til å bestemme mål for terapien, at terapeuten oppmuntret klienten til å gi feedback, og at terapeuten bygget en følelse av samarbeid ved å bruke ord som *vi*, *oss*, og *la oss* (ibid).

Klienter og terapeuter som jobber sammen bør kunne oppnå mer i terapi (Norcross, 2002). Ved å belyse samarbeidsaspektet i relasjonen og oppmuntre til å samarbeide, tolker vi det som at terapeutene vil kunne hjelpe klientene til å få en følelse av at ”det er noen som ønsker å hjelpe meg”, og at samarbeid vil øke sjansen for å kunne oppnå bedring.

3.5.2 Vise forståelse

Mange av de erfarne terapeutene viste klientene *forståelse* for hvordan de opplevde seg selv og sin situasjon. Nedenfor er et eksempel på dette:

T: Men det høres ut som vi er på bølgelengde, i forhold til det med at tvangstankene dine, ja, det er noe av det som er liksom i hvert fall i perioder og aktivt plagende for deg. Og at det kan være en slags sånn toppen av isfjellet eller et uttrykk for noe mer som ligger liksom under, nedover i deg, som handler om en selvfølelse som ikke har fått anledning til å utvikle seg fritt og godt.

Terapeuten sier her at de er på bølgelengde og lager et bilde som gjenspeiler hvordan hun har forstått klientens plager. Klientene i studien til Larsen og Stege (2012) opplevde at de fikk håp da de følte seg forstått og validert av terapeuten. En kvinnelig klient fortalte at ”[Terapeuten min] forstod meg virkelig. Det var veldig bekræftende for meg” (s. 48, vår oversettelse) (ibid).

Noen av de erfarne terapeutene *bekreftet klientens håpløshet*, mens andre *bekreftet klientens sterke opplevelse*. Et eksempel på sistnevnte er:

T: jaa. Dette høres ikke godt ut for deg

K: nei det er helt grusomt

T: det er grusomt

Her ser vi at terapeuten gjentar ordene til klienten for å bekrefte for klienten hvor vanskelig det må ha vært og for å vise at terapeuten forstår det. Houghton (2007) foreslår at en støttende terapeutisk relasjon vil være sentral for utviklingen av håp. Klienter ønsker å bli hørt og forstått, mens terapeuter ofte responderer med terapeutiske strategier, teknikker og hjemmelekser. At terapeutene er opptatt med å tilby terapi, diagnostisering og medisinerer, tilfredsstiller ikke klientens behov for å bli lyttet til, validert, støttet og forstått (ibid). Slik forskning viser betydningen av at terapeuter får utvidet kunnskap om utviklingen av håp, og at de tilegner seg strategier for å adressere og fremme opplevelsen av håp i terapien (ibid).

I prosess-utfalls forskningen har det også blitt understreket hvor viktig det er at terapeuter forsøker å forstå klientene sine, og at dette blir kommunisert på en måte som klienten opplever som empatisk (Norcross, 2010). Carl Rogers (1957) definerte empati nettopp som ”terapeutens sensitive evne og villighet til å forstå klientens tanker, følelser, og strev fra deres synspunkt” (s. 99, vår oversettelse).

3.5.3 Skape trygghet

Det var typisk for de erfarne terapeutene i vårt utvalg å *skape trygghet* for klienten (se vedlegg A). Her ser vi et eksempel på det:

K: at jeg er veldig trist (gråter)

T: jaa. La de følelsene få lov å komme frem, som er der. La de fullt ut få lov til å komme frem...

Dette kan forstås som at terapeuten forsøker å skape trygghet og aksept gjennom å invitere klienten til å la følelser få uttrykke seg fritt. Terapeuten viser også i dette eksempelet en *ikke-dømmende holdning*, hvor terapeuten formidler at klienten og klientens følelser er akseptert i terapirommet. En av klientene i studien til Larsen og Stege (2012) rapporterte noe liknende, og husket særlig godt at terapeutens støttende utsag ”Det er greit å ha tårer” (s. 48, vår oversettelse), hadde gitt håp da hun følte at hun kunne dele emosjonene sine og slippe å holde dem skjult.

Her ser vi et annet eksempel på hvordan terapeuten skapte trygghet:

K: Jeg kjenner meg litt eh... sårbar fordi jeg vet jeg skal åpne noen skuffer

T: Og dessuten så er det veldig viktig også at du sier at ”nei nå kjenner jeg at det blir for mye”..

Dette kan forstås som at terapeuten kommuniserer en respekt for klientens grenser ved å formidle at klienten styrer tempo og innhold ved det som formidles.

De erfarne terapeutene skapte også trygghet gjennom å signalisere for klienten at de ville være der for dem gjennom prosessen, og hjelpe dem å fange opp reaksjoner og vanskeligheter. For eksempel:

T: Jeg er ikke noe redd for at du skal få kjempereaksjoner og. Hvis du, hvis du kjenner at du får reaksjoner så fanger vi det opp og jobber med det [...]

Under analyseprosessen fikk vi her et bilde av terapeuten som ”holder klienten i hånda” og signaliserer en intensjon om å rettlede klienten gjennom terapien og være der hvis det blir tungt. Samtidig forstår vi det som at terapeuten viser i dette utsagnet at han *har tro på klienten*, gjennom å si ”jeg er ikke noe redd for at du skal få kjempereaksjoner..”.

En terapeut *avkreftet klientens frykt for vedvarende problemer*, mens mange terapeuter *signaliserte lytting*, og *tok klientens ønsker på alvor*, slik eksempelet under viser:

T: Men hvis jeg hører deg riktig nå så er det sånn at du sier at det kan være godt for deg at jeg sier hva jeg faktisk mener?

Her får klienten bekreftet at terapeuten har lyttet til det klienten har fortalt, samtidig som det blir antydning at terapeuten ønsker å etterkomme klientens ønske om at terapeuten skal si sin mening. Norcross (2010) påpeker også betydningen av å lytte til klientens erfaringer, virkelighet og preferanser for å kunne oppnå et positivt utfall i terapi.

3.5.4 Terapeuten signaliserer personlige involvering

Noen av de erfarne terapeutene *uttrykte engasjement* og *viste medfølelse* for klientene sine. På denne måten signaliserte de at de følte seg personlig involvert i klientens situasjon og arbeidet de skulle gjøre sammen. Her ser vi et eksempel på det:

T: [...] jeg har lyst til å si til deg, at, jeg får veldig lyst til å jobbe mer sammen med deg! Jeg tror det, er mulig å få til bevegelse, i dette, som du strever med. Og, jeg kjenner at jeg får stor sympati for deg og for strevet ditt, og jeg får lyst til å kunne bidra, hvis du har lyst til det
K: jah, jeg har det absolutt

Terapeuten viser her at klientens situasjon engasjerer henne og at hun føler med han. Samtidig uttrykker terapeuten også et *ønske om å hjelpe klienten*. Gjennom å understreke at dette er noe terapeuten *får lyst til*, kan en tenke seg at hun formidler at dette ikke bare er en del av jobben hennes, men at terapeuten som person har lyst å hjelpe. Klientene i studien til Larsen og Stege (2012) rapporterte økt opplevelse av håp når de kunne hente energi av at terapeuten ble beveget eller engasjert i timene, og kunne tolke dette som tegn på at terapeuten aktivt investerte i terapirelasjonen.

Andre terapeuter uttrykte interesse for klientens ve og vel og viste dermed et engasjement for klientens bedringsprosess:

T: Fordi jeg kjenner at jeg har ikke lyst til at du skal få en sånn følelse av at dette her bare slurver og går og.. hva skal vi egentlig? Hvorfor skal jeg gå dit? Jeg har lyst til at du skal kjenne at det på ulike måter er nyttig for deg. Og om du ikke akkurat kan kjenne liksom tydelig framskritt fra gang til gang, i hvert fall at det kjennes ut som det er substans i det, at det berører deg, at det griper tak i deg på ulike måter. Det er viktig for meg [...]
K: Ja, Og det er jo.. når du sier det så har vel jeg tidligere hatt.. på en måte en slags, et inntrykk av at.. noen jeg har gått i terapi hos har på en måte vært sånn: Ja, hva pratet vi om i dag liksom?

Ved å la klienten få oppleve at terapeuten er engasjert og interessert i klienten og samarbeidet deres, vil klienten kunne få tro på at de vil kunne jobbe bra sammen mot det ønskede målet, og også få håp om å kunne få det bedre.

Russinova (1999) mener at håp er en delt opplevelse mellom giver og mottaker, og at håp dermed er noe som oppstår mellom to personer i en relasjon. Ser vi på anerkjente definisjoner av en terapeutisk relasjon handler dette om følelser og holdninger terapeuten og klienten har ovenfor hverandre (Norcross, 2010), og at den kjennetegnes av nettopp samarbeid, forståelse, trygghet og engasjement.

I arbeidet med analysen ble det opplagt for oss at særlig denne siste kategorien om å fokusere på den terapeutiske relasjonen, var nært knyttet til hvordan terapeuter jobber for å skape en god allianse i terapien. Det neste avsnittet vil derfor forsøke å belyse og drøfte hvordan man kan forstå håp både som integrert i og separat fra arbeidsalliansen.

4.0 Avsluttende diskusjon

4.1 Forholdet mellom håp og allianse – hvordan skal man forstå og forske på det?

Begrepet allianse, også kalt arbeidsallianse eller terapeutisk allianse, brukes i forskningslitteraturen for å referere til en rekke relaterte begreper (Norcross, 2002). Foreløpig finnes det ingen universelt akseptert definisjon. Bordin foreslo i 1975 en modell som beskrev de effektive komponentene ved den terapeutiske relasjonen, og kalte den for arbeidsalliansen ("The working alliance"). For Bordin er arbeidsalliansen fundamentalt sett et samarbeid, og består av tre komponenter: enighet om de terapeutiske *målene*, enighet om *oppgavene* terapien skal utgjøre, og *båndet* mellom klient og terapeut (Bordin, 1979). Allianse kan altså forstås som kvaliteten på og styrken av samarbeidet mellom klient og terapeut (Norcross, 2002). Med våre funn i tankene og en slik definisjon av allianse, blir det nærliggende å tenke at håp er en del av alliansearbeidet.

Bordin sine tre komponenter minner mye om våre kategorier "fokus på mål", "fokus på behandlingsoppgaver" og "fokus på den terapeutiske relasjonen". Vårt perspektiv antar at disse bidrar til å fremme opplevelsen av håp, og at håpet blir mediert av og skapt av relasjonen. På den måten blir utviklingen av håpet et slags biprodukt av arbeidsalliansen og dermed utøver en indirekte effekt på utfallet. Imidlertid presenterer vanligvis fellesfaktor-modellene for psykoterapi (e.g. Lambert & Barley, 2001; Snyder & Taylor, 2000) *den terapeutiske alliansen* og *håp* som to separate faktorer som bidrar til endring hos klienten. Noen forskere er dog i tvil om nytten ved en slik distinksjon (Larsen & Stege, 2010). Kan det ikke være at ved å jobbe med relasjonen, får man også jobbet med håpet?

Flere anser at et kritisk aspekt ved håp er innebygd i den terapeutiske alliansen, slik at håp i utgangspunktet skapes gjennom å bygge en sterk terapeutisk relasjon (Cutcliffe, 2004; Larsen & Stege, 2012). Dette synet blir støttet av mange, som mener at klientens relasjon til en helsearbeider er en integrert komponent ved klienters opplevelse av håp (Elliott, 2005). I følge klientene i studien til Larsen og Stege (2012) ga blant annet terapeutrelasjonen håp nettopp gjennom en blanding av trygghet, aksept, forståelse og tegn på engasjement fra terapeuten. Erfaringen med å være i en relasjon med en støttende og ikke-dømmende person hadde gitt klientene en følelse av håp. Dette støtter oppunder antakelsen om at den terapeutiske relasjonen kan være en tidlig kilde til håp for klienten. Slike studier argumenterer for at den kausale retningen går fra alliansen mot håp, altså at arbeidet med relasjonen kan styrke klientens håp (se figur 8).

FIGUR 8

Modell for at følelsen av å være i en terapeutisk allianse styrker håpet om bedring



Men kan det også være motsatt, at klientens håp og positive forventninger om bedring kan føre til at den terapeutiske relasjonen blir bedre? Lambert og Lambert gjennomførte en studie i 1984, der de før behandlingsoppstart forberedte klientene på hva terapien ville innebære og hva de kunne forvente. Dette var en måte forskerne fikk manipulert forventningsvariabelen om hva terapi kunne bidra med. Disse klientene sammenliknet med en kontrollgruppe, viste seg å ha signifikant mer positiv oppfattelse av terapeuten sin, rapporterte å være mindre avhengig av terapeutens støtte og veiledning, og hadde større sannsynlighet for å anse terapeuten som en jevnbyrdig heller enn som en foreldrefigur (Lambert & Lambert, 1984). Disse funnene antyder at positive forventninger, eller håp om ønsket utfall kan ha *direkte effekt* på kvaliteten av den terapeutiske alliansen (figur 9).

FIGUR 9

Modell for at følelsen av håp for bedring styrker den terapeutiske alliansen

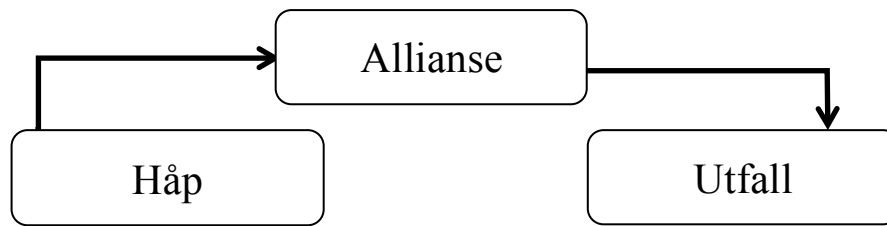


Norcross (2002) listet opp terapeutenes bidrag til å skape en god allianse, og trakk frem terapeutenes evne til å generere en følelse av håp hos klienten. Ved at terapeuten skaper håp hos klienten vil alliansen bedres, noe som videre øker muligheten for positivt utfall. Videre har Råbu, Halvorsen og Haavind (2011) vist at en av årsakene ved brudd i alliansen kan være at terapeut og klient har ulike forventninger til hva relasjonen og terapien kan bidra med. Dersom klientens og terapeutens ulike forventninger til oppgavene og målene i terapien blir adressert, vil altså dette kunne bidra til at alliansen repareres (ibid).

Snyder (1994) mente at påvirkningen fra relasjonen måtte forstås annerledes. Han mente at relasjonen er en kilde som klienten kan benytte for å mobilisere personlig agens og endring. Dette støtter synet om at håp, eller positive forventninger om ønsket utfall, blir mediert av den terapeutiske alliansen og at effekten av håp på bedring dermed er indirekte (figur 10).

FIGUR 10

Modell for at håpet påvirket utfallet, gjennom den terapeutiske alliansen



Joyce et al. (2003) målte klientenes forventning om bedring av terapi før behandlingsstart, og så nettopp på sammenhengen mellom forventning, den terapeutiske alliansen og terapiutfall. Forskerne fant her en mediasjonseffekt der en tredjedel av den direkte effekten av forventning på utfall, ble beregnet til å bli mediert gjennom alliansen (ibid). Et slikt funn tyder på at forventning, eller håp innledningsvis i terapien både har en direkte effekt på utfall og en indirekte effekt via arbeidsalliansen. Dette impliserer at klientens forventning om positivt utfall blir realisert gjennom utviklingen av et samarbeid med terapeuten. Forøvrig viser også mediasjonseffekten som ble beregnet til å være en tredjedel, at andre variabler er innblandet i forventning/håp – allianse – utfall -forholdet.

Uavhengig av hvordan dette forholdet arter seg vil det at klienten i utgangspunktet har tro på at terapi vil være nyttig for å bli bedre, være kritisk for utviklingen av en god terapeutisk allianse, noe som videre er viktig for å oppnå endring ved hjelp av terapi (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). Klienter som tror at behandling vil kunne hjelpe dem med å oppnå sine mål, vil jobbe konstruktivt i terapien og samarbeide med terapeuten om dette målet. Et slikt samarbeid og engasjement for terapiens oppgaver, kan bidra til at den terapeutiske alliansen får en kurerende effekt i og av seg selv (ibid).

Det er samtidig viktig å skille mellom initialt håp og håp som oppstår underveis i terapien. Garfield (1994) påpekte at selv om initialt håp kan ha en viktig rolle i terapi, kan den bli svekket eller forandret av selve terapierfaringen. Andre har foreslått at initialt håp kan spille en relativt liten rolle for bedring sammenliknet med det pågående håpet under terapien (Miller, et al., 1999). Abouguendia, Joyce, Piper og Ogrodniczuk (2004) påpekte også at det er usannsynlig at klientens forventninger forblir statiske gjennom hele terapien. Blant annet er det mulig at klientens forventninger blir forandret etter første time dersom terapeuten ikke står til klientens forventninger.

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, kommer mange klienter til behandling med et visst nivå av håp om bedring. Om dette håpet gir næring til å styrke relasjonen og alliansen,

eller om håpet får ytterligere næring gjennom en varm og trygg relasjon, er det delte meninger om, og det vil være nødvendig med mer forskning for å komme nærmere en forståelse av dette.

Når terapeuten ønsker å fremme klientens håp tidlig i terapien, kan terapeuter finne det nyttig å huske at håp ofte er innebygd i det fundamentale relasjonsarbeidet (Larsen & Stege, 2012). Så selv om håp relativt sjelden adresseres eksplisitt i terapien, vil det å være opptatt av å utvikle en god alliansen være en viktig måte å fremme klientens håp tidlig i behandlingen.

4.2 Betydningen av terapeutens teoretiske orientering

Flere har fokusert på betydningen av håp for et positivt utfall av terapi (Grencavage & Norcross, 1990). Ut fra vår analyse av svært erfarne terapeuter måte å forholde seg til håp foreslår vi her mulige strategier terapeuter kan benytte for å fremme opplevelsen av denne viktige faktoren i behandlingen. Som vedlegg A og B viser, er det stor forskjell på hvor mye de ulike strategiene blir benyttet av de erfarne terapeutene. Vi antar at dette blant annet reflekterer de ulike terapitradisjonene terapeutene sverger til. Det fremgår av vedlegg A og B at særlig terapeut 6 og 7 gjennomgående bruker flere strategier for å fremme opplevelsen av håp i større grad enn de andre terapeutene. Ser vi i tabell 1 fremgår det at terapeut 6 og 7 har en bred teoretisk orientering, og at terapien deres i størst grad er forankret i humanistiske og atferdskognitive teorier og tradisjoner. Videre ser vi av vedlegg C at terapeut 6 og 7 fremmet opplevelsen av håp ved å fokusere på mål, ved å endre perspektivet til klienten, og ved å fokusere på behandlingsprosessen i mye større grad enn de andre terapeutene. Vi antar at den mer strukturerte og aktive terapiformen ved humanistiske og særlig atferdskognitive tradisjoner, delvis kan forklare dette. Ut fra vedlegg B kan vi se at terapeut 3 og 8 i minst grad bruker strategier for å fremme opplevelsen av håp. Disse terapeutene oppgir i stor grad å være påvirket av analytiske tradisjoner. Den mindre aktive og påpekende holdningen som gjenspeiles i denne tradisjonen, kan muligens forklare at de i minst grad benytter strategiene for å adresse og fremme håp vi her presenterer. Det er mulig måten håp og forventning adresseres og fremmes i denne tradisjonen ikke blir fanget opp i vår studie. Det er også interessant at vi ikke finner like store forskjeller mellom terapeutene når det gjelder det å fremme opplevelsen av håp når man jobber med den terapeutiske relasjonen. Fem av de åtte terapeutene gjør dette mer enn 15 ganger i løpet av de tre første timene (se vedlegg A og C). Det økte fokuset på fellesfaktorer og betydningen av arbeidsalliansen de siste årene, kan

kanskje forklare at flere terapeuter uavhengig av teoretisk orientering har mye fokus på forskjellige aspekter ved relasjonen.

4.3 Implikasjoner av studien

Denne studien har hatt som mål å fremme kunnskap om hvordan svært erfarne terapeuter adresserer og fremmer håp og positive forventninger i den innledende fasen av terapi. Resultatene fra studien er i stor grad sammenfallende med tidligere forskning på håp og klienters positive forventning. Videre vil vi nå belyse hvilke implikasjoner vår studie kan tenkes å ha for psykologisk praksis, for utdanning av psykologer og for den videre forskningen på håp og positive forventninger i terapi.

4.3.1 Implikasjoner for praksis og utdanning

På grunnlag av at disse terapeutene kan bli definert som ekspertterapeuter ut fra deres lange erfaring, at de er spesialister, psykoterapeutlærere og kliniske forfattere, foreslår vi at dette er fem mulige kategorier og tilhørende underkategorier som kan benyttes av psykologer generelt som ulike strategier for å fremme opplevelsen av håp og positive forventninger i terapi. Som det fremgår i vedlegg D blir måtene terapeutene adresserte og fremmet opplevelsen av håp jevnt fordelt mellom de fem hovedkategoriene.

Vi ønsker å foreslå at det gis noe større plass i psykologutdannelsen til å tilegne seg både kunnskap og ferdigheter om betydningen av håp og forventning i terapi. Som vi i denne oppgaven har belyst viser forskning at dette er betydningsfulle elementer for å kunne oppnå bedring i terapi. Innledningsvis så vi at Wampold (2010a) blant annet trakk fram at sosiale ferdigheter, og det å kommunisere håp til klienter, er kritisk for å være en effektiv terapeut. Vi opplever at dette ikke blir fremhevet i utdanningen i dag. Norcross (2002) trekker også fram hvor viktig det er at terapeuten generer følelse av håp for å skape en god allianse. Med den kunnskapen vi i dag har om betydningen av allianse for utfall, mener vi det blir nødvendig at utdanningen også fokuserer på ferdigheter som formidler håp.

4.3.2 Implikasjoner for forskning

På tross av vår antakelse om at terapeutens teoretiske orientering påvirker hvor mye terapeuten adresserer og fremmer håp og positive forventninger, foreslår vi at strategiene i ulik grad vil være anvendbare innen de fleste behandlingstradisjoner. Samtidig vil en mer inngående analyse av hvordan terapeuter med ulik teoretisk forankring fremmer opplevelsen av håp og positiv forventning, kunne belyse og forklare de observerte forskjellene bedre.

Fortolkningen av resultatene har vektlagt hvordan terapeutene kan *fremme* eller *skape* håp på implisitte måter i større grad enn hvordan terapeutene *adresserer* håp, og det er viktig å presisere forskjellen. Å *fremme* opplevelsen håp og positive forventninger gjør terapeutene blant annet når de skaper forventninger om å nå mål, påpeker ressurser og styrker agensen, endrer perspektiv, tilfører kunnskap, og snakker om hvordan metoder og oppgaver skal kunne hjelpe klienten. Imidlertid vil også det å fremme håp handle om å håndtere det allerede eksisterende håpet, altså det håpet klienten bringer med seg i terapien. Som Frank og Frank (1991) påpekte, er det mange klienter som er demoraliserte ved starten av terapien, og terapeuten må jobbe aktivt for å øke moralen og dermed skape håp. På den andre siden finnes det klienter som i utgangspunktet er håpefulle og motiverte. Terapeutenes oppgave blir ofte da å *adressere* eller *behandle* det håpet som er der, for eksempel ved å avklare mål og forventninger, adressere motivasjon og gi anerkjennelse av klientens håp. En mer inngående analyse av interaksjonen mellom terapeut og klient hvor det både blir studert det klienten bringer med seg av håp i terapien, og terapeutens reaksjon på dette, vil kunne belyse forskjellen mellom disse to måtene å forholde seg til håp på.

Når vi observerer forskjeller mellom terapeutenes måte å adressere og fremme håp, vil det være nærliggende å tenke at det også finnes tilsvarende forskjeller mellom ulike klientgrupper for hvordan man oppnår økt nivå av håp. Kvalitative studier som ser på *klientens* opplevelse av håp og forventning i terapi, vil dermed være viktig i det videre forskningsarbeidet.

Å integrere det kulturelle aspektet i forskningen på håp, vil også kunne være viktig. Håp blir ansett for å være et universelt konstrukt, der alle mennesker til alle tider har verdsatt håpets rolle i livet. Definisjoner av håp har imidlertid variert innen og på tvers av kulturer, slik at det kan være risikabelt å anta at håp ser ut og utspiller seg likt i alle grupper. Både klinisk og forskningsmessig bør man dermed være oppmerksomme på det krysskulturelle aspektet ved håp (Lopez & Snyder, 2003).

Det at håp har blitt definert på så mange måter resulterer i et mangefasettert bilde av dette begrepet. Samtidig leder det også til forvirring og tvetydighet. Det å ikke ha en entydig definisjon for begrepet håp skaper utfordringer for kvantitativ og kvalitativ forskning siden det vil føre til ulike operasjonaliseringer. Studier av håp med ulik operasjonalisering vil gi ulike resultater, alt etter hva som har blitt lagt vekt på i definisjonen av håp. Enighet rundt en felles definisjon av håp vil kunne gjøre forskningen av håp lettere. Å kombinere komponentene fra de ulike definisjonene vil være en utfordring og et mål for videre forskning på håp.

Det å studere hvordan håp utvikler seg i terapi og påvirker utfallet, representerer kun ett av mange rammeverk for å forstå fellesfaktorenes rolle i den psykoterapeutiske endringsprosessen. Videre forskning som undersøker hvordan klienter og terapeuter oppfatter at håp adresseres innledningsvis i terapi, vil bidra til forståelsen av hvordan denne viktige faktoren spiller seg ut og bidrar til endring.

4.4 Begrensninger ved studien

Det vektlegges at resultatene som er kommet fram av denne analysen er våre tolkninger og at andre kunne ha kommet frem til andre hovedkategorier og underkategorier enn de vi her har presentert. Innledningsvis viste vi til at håp blir forstått på mange ulike måter i litteraturen. Å jobbe med et begrep som ikke har en entydig definisjon, gjør observasjonene særlig sårbare for subjektive tolkninger. Ved å være to i denne prosessen har vi til en viss grad forsøkt å utjevne påvirkninger fra våre subjektive forventninger til materialet (Hill, et al., 2005).

Det er også viktig å påpeke at vår analyse baserer seg på lydfiler og transkripsjoner av terapitimer, slik at nonverbal informasjon som kroppsspråk og mimikk, har blitt utelatt fra vår analyse. Studier som baserer seg på videoopptak eller naturalistiske observasjoner av terapitimer, vil sannsynligvis kunne gi mer kunnskap til forskningsfeltet.

En klar begrensning ved studien vår, er at vi ikke vet noe om utfallet av terapiene vi analyserte. Således kan vi ikke fastslå at de fem handlingskategoriene og tilhørende underkategoriene kan benyttes som strategier for andre terapeuter, men vi kan foreslå de som mulige strategier, og overlater til den videre forskningen å se om slike strategier bidrar til positivt utfall i terapi.

Som tidligere nevnt vil en anta at det er forskjeller i nivå av eksisterende håp hos ulike klientgrupper, og dermed ulikt behov for å få fremmet opplevelsen av håp. En viktig begrensning ved studien vår er at klientgruppen her kommer til privatpraktiserende psykologer og ikke til DPS. En hypotese kan være at klienter som oppsøker terapi hos privatpraktiserende psykologer, vil føle seg privilegerte og mer håpefulle enn klienter som går i behandling på DPS. En videre implikasjon av dette er at studien vår ikke ser på hvordan terapeuter kan adressere og fremme opplevelsen av håp hos svært skeptiske klienter som mangler håp. Overførbarheten av studien blir følgelig begrenset til liknende klientgrupper som vårt utvalg, og videre forskning på mer demoraliserte klientgrupper vil kunne bidra til et mer helhetlig bilde av hvordan opplevelsen av håp kan adresseres og fremmes innledningsvis i psykoterapi.

Vi har tatt utgangspunkt i at håp og positive forventninger har sammenheng med bedring i terapi. Vi kan likevel ikke utelukke at en slik antakelse kan være ukorrekt. Vi syntes derfor det ble viktig å utforske hvorfor noen forskere ikke finner en slik sammenheng som vi legger til grunn for vår analyse. En viktig årsak til dette kan være at definisjonene av prosessvariabelen og utfallsvariabelen ikke samsvarer, slik at validiteten på måleinstrumentet er dårlig. Noen forskere studerer sammenhengen mellom håp og utfall, og måler *utfallet* på flere forskjellige måter. For eksempel kan de se på håp i forhold til drop-out, eller antall avlyste timer, eller i forhold til bedring. Resultatene kan da bli vidt forskjellige der håp korrelerer positivt dersom bedring er utfallsmålet, men ikke dersom antall avlyste timer eller drop-out er utfallsmålet. Det blir også viktig å ha en tydelig definisjon av *prosessvariabelen*. ”Klientens forventninger om positivt utfall” må skilles fra variabelen ”klientens forventninger om hva terapien skal gå ut på” og ”klientens forventning til rollen som klient i terapi” (se Dew and Bickman, 2005 for videre diskusjon). Samtidig må også ”positivt utfall” operasjonaliseres, da man vil oppnå ulikt resultat om utfall måles etter ”endret personlighet”, eller ”klientens oppfattelse av symptomreduksjon” (Friedman & Baltimore, 1963). En annen årsak til at noen ikke har funnet sammenheng mellom håp/positive forventninger og bedring, kan være at det i forskningen har vært en tendens til at håp har blitt forvekslet med tro (”faith”) og tiltro (”credibility”) (Greenberg, et al., 2006). Vi har i vår analyse forsøkt å hele tiden skille disse begrepene fra hverandre, slik at vi antar at for eksempel det å ”signalisere tro på klienten” vil bidra til at klienten opplever en økt subjektiv oppfatning om at bedring er mulig, og dermed får de økt nivå av håp.

For øvrig kan slike sprikende funn som vi har sett fra prosess-utfallsforskningen skyldes andre faktorer, som for eksempel ulike diagnoser hos utvalget. Forskere har for eksempel nå begynt å se at betydningen av den terapeutiske alliansen varierer som funksjon av diagnose, der den i seg selv kan ha en kurativ funksjon ved depresjonsbehandling, og en viktig men ikke tilstrekkelig rolle i angstbehandling (Ryum, Stiles, & Vogel, 2009). Det blir da nærliggende å anta at ulike diagnoser hos utvalget vil kunne påvirke nivået av og betydningen av håp og positive forventninger i terapi. En annen faktor som kan skyldes de sprikende funnene i prosess-utfallsforskningen er den analytiske tilnærmingen som har blitt brukt i studien. Enkelte analysemetoder gir mer presise resultater for å analysere forholdet mellom forventninger om utfall og forandringer underveis i terapien. I forhold til vår analyse har vårt valg av grounded theory bidratt til at vi har kunnet observere aspekter ved det innledende arbeidet i terapien, som ellers kunne vært oversett dersom vi hadde benyttet en analyse med strengere kriterier for å inkludere terapeutenes atferd. Samtidig kan en slik

utforskende bottom-up analyse, som grounded theory er, også bli oppfattet som mindre åpen og vanskeligere å verifisere (Oddli & Rønnestad, 2011).

4.5 Avsluttende refleksjoner

I en studie av Murphy, Cramer og Lillie (1984) som undersøkte pasienter etter avsluttet kognitiv behandling ble det klart at 58% mente at *det å få håp* var en viktig faktor for at de ble friske. Når studier har vist betydningen av å fremme håp og positive forventninger, tenker vi at studien vår er et mulig bidrag ved at resultatene tydeliggjør handlingsbeskrivelser som kan benyttes av terapeuter i arbeidet med å øke nivået av håp og positive forventninger hos klienter.

Til slutt ønsker vi å avslutte oppgaven med kanskje verdens mest kjente myte om håp, og overlater til den enkelte å avgjøre om håpet var en gave til mennesket, eller om det var en straff slik som Grekerne og Romerne mente, da de anså at en tilværelse uten håp også ville være et liv uten skuffelse.

I følge gresk mytologi var Pandora den første kvinnen på jorden. Zevs beordret Hephaestus, guden av håndverk, å skape henne, noe han gjorde ved å bruke vann og jord. Gudene skjenket Pandora mange gaver: Athena ga henne klær, Afrodite ga henne skjønnhet, og Hermes ga henne tale.

Da mannen Prometheus stjal ild fra himmelen, tok Zevs hevn ved å gi bort Pandora til Epimetheus, Prometheus' bror. Med seg fikk Pandora en vakker eske som hun aldri skulle åpne under noe tilfelle. Fristet av nysgjerrigheten gudene hadde gitt henne, åpnet Pandora esken, og all ondskap inni den slapp ut og spredte seg over hele jorden. Hun skyndte seg å lukke esken, men alt innholdet hadde unnsluppet. Alt bortsett fra det som lå på bunnen: håpet.

Opprinnelig fra Hesiods Works and Days ca. 700 BC.

Litteraturliste

- Abouguendia, M., Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2004). Alliance as a mediator of expectancy effects in short-term group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8, 3-12.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Rose, D. T., Panzarella, C., et al. (1999). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 5-20.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patient* (s. 335-356). New York: Oxford University Press.
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375.
- Banister, P. (1994). *Qualitative Methods in Psychology: A research Guide*. Buckingham: Open University Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., Steer, R. A., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 1, 559.
- Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A. I., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles, California: Sage.

- Castonguay, L. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *The American Psychologist*, 65, 34-49.
- Chamodraka, M. (2009). Hope development in psychotherapy: A grounded theory analysis of client experiences. *ProQuest Dissertations and Theses database*, McGill University, Canada (UMI No. NR53280)
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory. I A. J. Smith (Red.), *Qualitative Psychology, a Practical Guide to Research Methods* (2 ed., s. 81-110). London: Sage Publication.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 367-385.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59-76.
- Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E., & Schmidt, M. (2010). The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 20, 619-626.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498-505.
- Critelli, J. W., & Neumann, K. F. (1984). The placebo: Conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Crits-Christoph, P. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Cutcliffe, J. R. (2004). The inspiration of hope in bereavement counseling. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 165-190.
- Cutcliffe, J. R. (2006). The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study – part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 604-610.
- Day, J. P. (1991). Hope: A philosophical Inquiry. *Acta Philosophica Fennica*, 51, 1-101.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 21-33.
- Dey, I. (1999). *Grounding Grounded Theory: Guidelines for Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: Its spheres and dimensions. *The Nursing Clinics of North America*, 20, 379-391.
- Duncan, B. L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 32-57.
- Elliott, J. A. (2005). What Have We Done With Hope? A Brief History. I J. A. Elliott (Red.), *Interdisciplinary Perspectives on Hope* (s. 3-45). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.
- Elkin, I., Yamaguchi, J., Arnkoff, D., Glass, C., Sotsky, S., & Krupnick, J. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 437-451.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and Responsibility: Lectures on the Ethical Implications of Psychoanalytic Insight*. New York: Norton.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Fog, J. (2004). *Med Samtalen som Udgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.
- Forrester, M. A. (2010). *Doing Qualitative Research in Psychology*. Los Angeles: Sage.
- Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Stone, A. R., & Nash, E. H. (1959). Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 115, 961-968.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Hopkins.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy (3rd ed.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V. E., Lasch, I., Kushner, H. S., & Winslade, W. J. (2006). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.
- Freud, S., Strachey, J., & Freud, A. (1953). *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

- Friedman, H. J., & Baltimore, M. D. (1963). Patient-expectancy and symptom reduction. *Archives of General Psychiatry*, 8, 61-67.
- Fromm, E. (1971). *Det Revolusjonære Håp: Om en Humanisert Teknologi*. Oslo: Dreyer.
- Garfield, S. L. (1994). Research on Client Variables in Psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., s. 190-228). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B., & Goodman, W. K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 614-629.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 421-430.
- Goldstein, A. P., & Shipman, W. (1961). Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 129-133.
- Goldstein, A. P. (1962). *Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Gordon-Finlayson, A. (2010). QM2: Grounded Theory. I M. Forrester (Red.), *Doing Qualitative Research in Psychology* (1 ed., s. 154-176). London: SAGE Publication.
- Gottschalk, L. A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30, 779-785.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Ashland, Ohio: Hogrefe & Huber Publishers.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Haefel, G., Abramson, L., Brazy, P., & Shah, J. (2008). Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 281-290.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for Helse- og Sosiofag: En Innføring i Samfunnsvitenskapelig Metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hamberg, K., & Hamberg (1994). Scientific rigour in qualitative research—examples from a study of women's health in family practice. *Family Practice*, 11, 176.

- Hanna, F. J. (2002). *Therapy with Difficult Clients: Using the Precursors Model to Awaken Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heinonen, E. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301.
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14, 4.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Houghton, S. (2007). Exploring hope: Its meaning for adults living with depression and for social work practice. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6, 1-8.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-155.
- Irving, L. M., Snyder, C., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., & Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 419-443.
- Jevne, R. F. (2005). Hope: The Simplicity and Complexity. I J. A. Elliott (Red.), *Interdisciplinary Perspectives on Hope* (s. 259-289). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.

- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 672-679.
- Kirsch, I. (1990). *Changing Expectations: A Key to Effective Psychotherapy*. Belmont, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det Kvalitative Forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., s. 143-189). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 357-361.
- Lambert, M. J., Bergin, F. J., & Garfield, S. L. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., s. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, R. G., & Lambert, M. J. (1984). The effects of role preparation for psychotherapy on immigrant clients seeking mental health services in Hawaii. *Journal of Community Psychology, 12*, 263-275.
- Larsen, D., Edey, W., & Lemay, L. (2007). Understanding the role of hope in counselling: Exploring the intentional uses of hope. *Counselling Psychology Quarterly, 20*, 401-416.
- Larsen, D. J., & Stege, R. (2010). Hope-focused practices during early psychotherapy sessions: Part I: Implicit approaches. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*, 271-292.
- Larsen, D. J., & Stege, R. (2012). Client accounts of hope in early counseling sessions: A qualitative study. *Journal of Counseling & Development, 90*, 45-54.
- Lester, D., & Walker, R. L. (2007). Hopelessness, helplessness, and haplessness as predictors of suicidal ideation. *Omega: Journal of Death and Dying, 55*, 321-324.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lipkin, S. (1954). Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychological Monographs: General and Applied, 68*, 1-30.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lohne, V. (2008). The battle between hoping and suffering: A conceptual model of hope within a context of spinal cord injury. *Advances in Nursing Science*, 31, 237-248.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2003). Hope: Many Definitions, Many Measures. I S. J. Lopez & C. R. Snyder (Red.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (s. 91-107). Washington DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Madeleine, S., & Vaillot, C. (1970). Hope: The restoration of being. *The American Journal of Nursing*, 70, 268-273.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 122, 2468-2472.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning: En Innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Miller, J. F. (1985). Inspiring hope. *The American Journal of Nursing*, 85, 22-28.
- Miller, J. F. (1989). Hope-inspiring strategies of the critically III. *Applied Nursing Research*, 2, 23-29.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1999). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 100-105.
- Murphy, P. M., Cramer, D., & Lillie, F. J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 187-192.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., & Milich, R. (1994). *Introduction to Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Nissen-Lie, H. A. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627-646.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010). The Therapeutic Relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2 ed., s. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oddli, H. W., & Rønnestad, M. H. (2011). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research*, 22, 1-18.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1967). The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluations of therapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, 16, 621-632.
- Ortlipp, M. (2008). Keeping and using reflective journals in the qualitative research process. *The Qualitative Report*, 13, 695-705.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage.
- Pedersen, A. (2009). *Exphil I: Filosofi- og Vitenskapshistorie*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Price, M. (2008). Greater expectations: Using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor of treatment response. *Behavior Therapy*, 398.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The Transtheoretical Approach. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2 ed., s. 147-171). New York: Oxford University Press.
- Ragnheiður, K., & Moen, T. (2011). *Sentrale Aspekter ved Kvalitativ Forskning*. Trondheim: Tapir akademisk.
- Rosenthal, D., & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rosenzweig (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rusinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65, 50-57.
- Rustøen, T. (1991). *Livskvalitet - en Sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal.

- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Miaskowski, C., & Moum, T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. *Palliative & Supportive Care, 1*, 309-318.
- Rustøen, T. (2006). *Håp og Livskvalitet - en Utfordring for Sykepleieren?* Oslo: Gyldendal.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*, 651-657.
- Rønnestad, M. H. (2009). *An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy*: Application for the Council of Research. Department of Psychology, University of Oslo, August 2009. Retrieved from http://www.sv.uio.no/psi/personer/vit/helgero/process_outcome_study.pdf.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. (2012). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. New York: Routledge.
- Råbu, M., Halvorsen, M. S., & Haavind, H. (2011). Early relationships struggles: A case study of alliance formation and reparation. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*, 23-33.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*, 421-433.
- Smith, D. L. (2007). A phenomenological reflection on the experience of hope. *The Humanistic Psychologist, 35*, 81-104.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- Smith, J. M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*, 443-454.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570-585.

- Snyder, C. R. (1994). *The Psychology of Hope: You Can Get There From Here*. New York: Free Press.
- Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectancies. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (s. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Simpson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 747-762.
- Snyder, C. R., & Taylor, J. D. (2000). Hope as a Common Factor Across Psychotherapy Approaches: A Lesson From the Dodo's Verdict. I C. R. Snyder (Red.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications* (s. 89-108). San Diego: Academic Press.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stoner, M. H., & Keampfer, S. H. (1985). Recalled life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patients. *Research in Nursing & Health*, 8, 269-274.
- Stotland, E. (1969). *The Psychology of Hope: An Intergration of Experimental, Clinical, and Social Approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Strupp, H. H. (1986). The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: A current assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 513-520.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis Company.
- Valle, M. F., Huebner, E. S., & Suldo, S., M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44, 393-406.
- Wahl, A. K., Rustøen, T., Lerdal, A., Hanestad, B. R., Knudsen, Ø., & Moum, T. (2004). The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliative & Supportive Care*, 2, 255-263.
- Walsh, S. M., & Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Applied Nursing Research*, 10, 19-26.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Wampold, B. E. (2010a). *The Basics of Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2010b). The Research Evidence for Common Factors Models: A Historically Situated Perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2 ed., s. 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Weinberger, J. (2010). Jerome D. Frank: Psychotherapy Researcher and Humanitarian. I L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Red.), *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers* (s. 29-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2011). *What makes a good therapist*: Foredrag på 119th Annual Convention of the American Psychological Association, 4-7 august 2011.
- Weinberger, J., & Eig, A. (1999). Expectancies: The Ignored Common Factor in Psychotherapy. I I. Kirsch (Red.), *How Expectancies Shape Experience* (s. 357-382). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westra, H. A., Dozois, D. J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 363-373.
- Wilkins, W. (1979). Expectancies in therapy research: Discriminating among heterogeneous nonspecifics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 837-845.
- Yardley, L. (2008). Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. I A. J. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2 ed., s. 235-251). London: Sage Publication.

Vedlegg

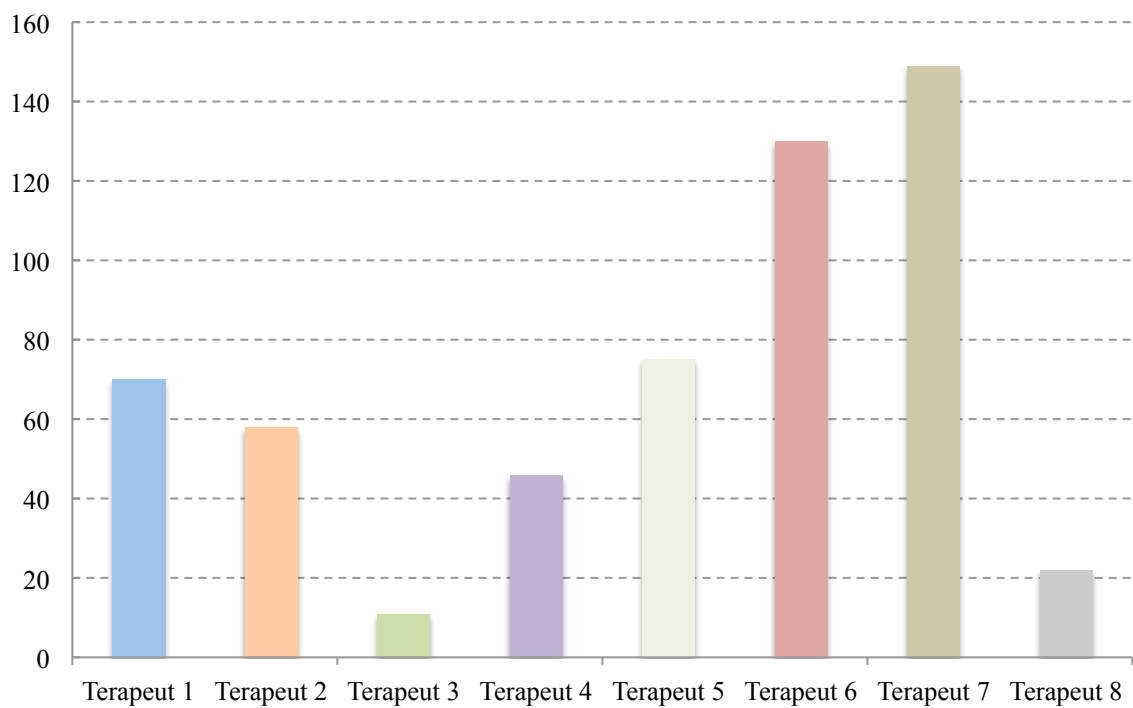
Vedlegg A (en side)

Oversikt over antall ganger terapeutene brukte de ulike kodene

Terapeut- nummer	Tro på å nå mål	Skafe forventning om å nå mål	Avklare målene	Re- formulering	Tilføre kunnskap	Påpekning av styrker	Styrke agens	Adressere arbeidsoppg metoder	Verktøy og metoder	Samarbeid	Vise forståelse	Skafe trygghet	Personlig involvering
1 time 1	0	3	2	3	2	4	4	1	4	0	2	3	2
1 time 2	0	2	2	8	3	5	8	3	0	0	1	3	1
1 time 3	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Totalt	1	5	5	11	5	10	12	4	12	0	3	7	6
2 time 1	5	0	1	5	0	4	5	1	5	0	1	3	10
2 time 2	1	2	0	2	0	4	2	2	1	0	2	0	8
2 time 3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Totalt	6	2	1	7	0	8	6	3	6	1	3	3	18
3 time 1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
3 time 2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0
3 time 3	0	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Totalt	0	2	1	5	0	0	3	0	3	0	0	0	0
4 time 1	3	2	1	5	1	7	3	2	3	2	1	2	0
4 time 2	1	1	2	1	3	0	0	4	0	1	0	0	3
4 time 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	4	3	3	6	4	7	3	6	3	2	2	2	3
5 time 1	0	1	7	1	0	0	0	4	0	2	4	2	1
5 time 2	2	1	1	2	1	0	2	3	2	1	0	4	2
5 time 3	5	0	1	4	1	3	8	7	8	0	1	0	0
Totalt	7	2	9	7	2	3	10	14	10	3	5	6	2
6 time 1	2	1	4	3	0	0	2	0	2	0	0	0	3
6 time 2	1	1	5	2	2	5	8	0	8	0	1	1	5
6 time 3	5	8	9	0	3	6	13	6	13	0	1	2	4
Totalt	8	10	18	5	5	11	23	0	23	0	2	3	12
7 time 1	6	12	1	11	3	3	9	6	9	8	1	7	8
7 time 2	1	7	0	2	1	1	5	3	5	3	1	0	1
7 time 3	4	3	0	12	1	8	2	9	2	1	1	1	6
Totalt	11	22	1	25	5	11	16	20	16	20	3	8	15
8 time 1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0
8 time 2	1	0	0	2	2	0	1	1	1	1	0	0	2
8 time 3	0	2	0	1	2	2	3	0	3	0	0	0	0
Totalt	1	2	0	3	4	2	5	1	5	1	0	0	2
Samlet frek	38	48	38	69	25	52	78	31	78	18	29	61	27

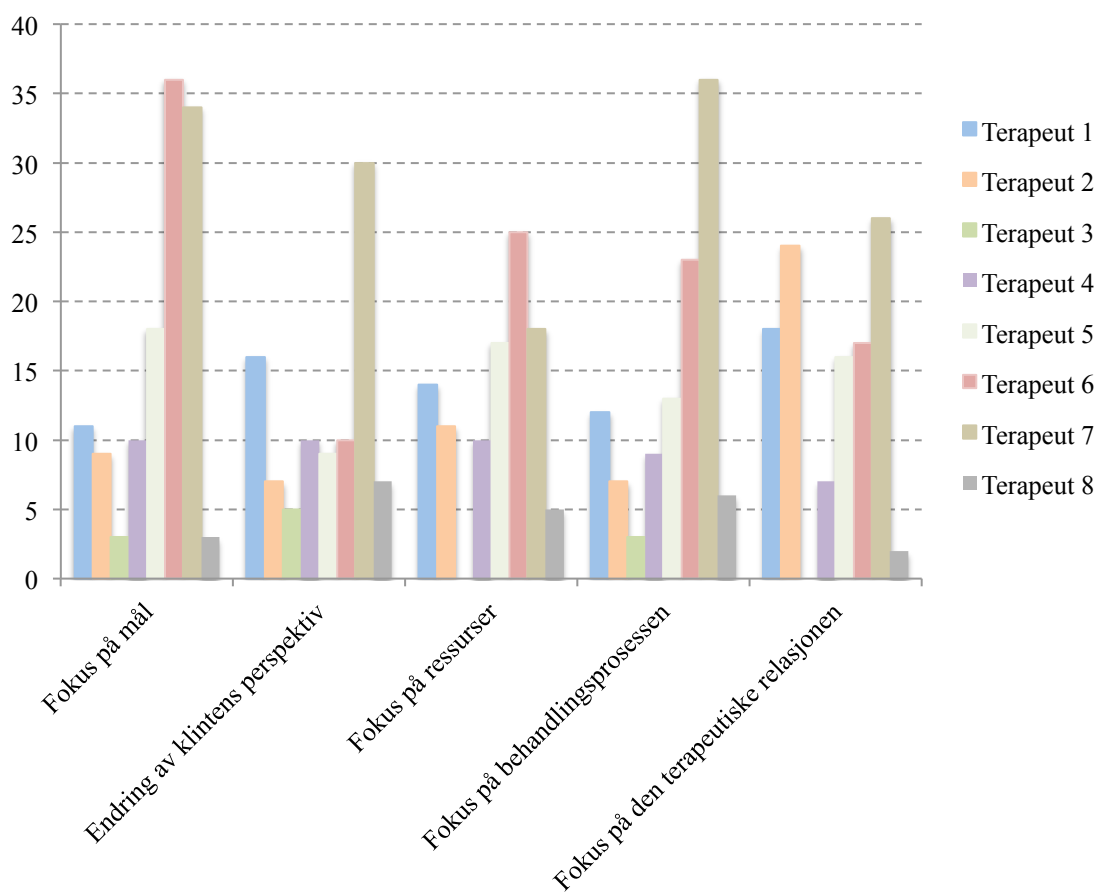
Vedlegg B (en side)

Oversikt over antall ganger de ulike terapeutene brukte koder for håp totalt



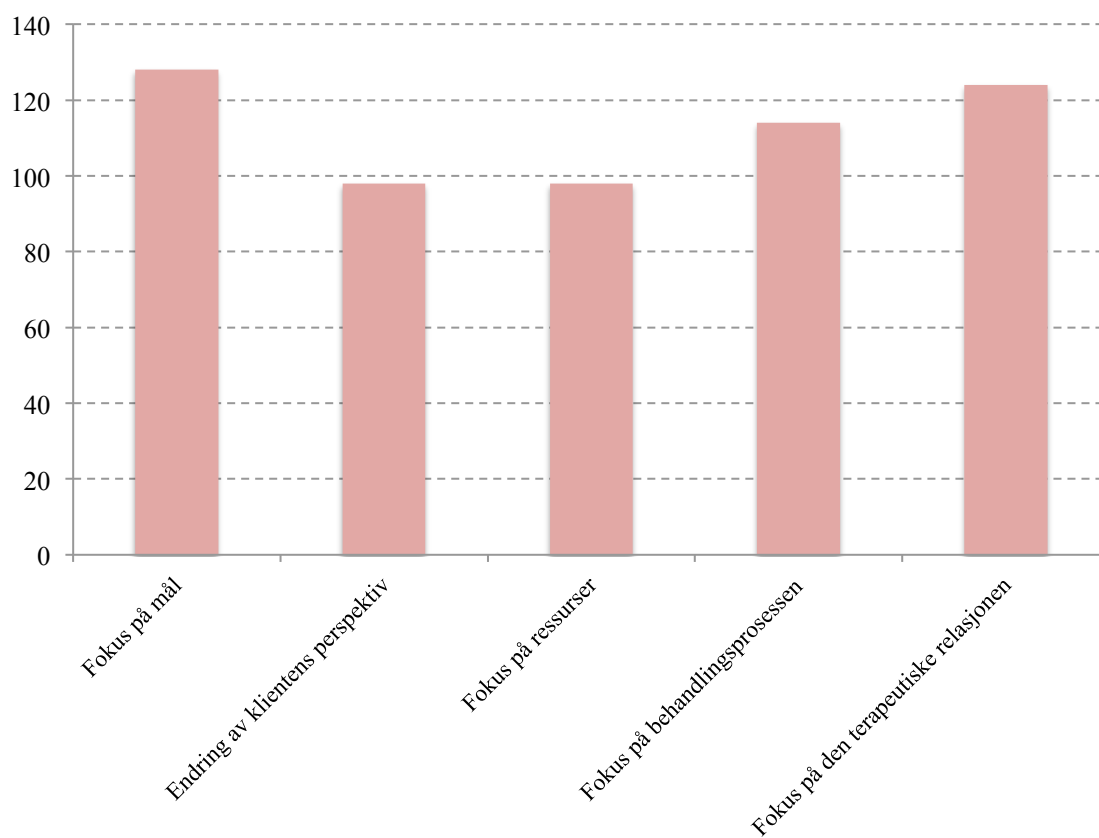
Vedlegg C (en side)

Oversikt over antall ganger terapeutene brukte de ulike hovedkategoriene



Vedlegg D (en side)

Oversikt over antall ganger hovedkategoriene ble brukt totalt av alle terapeutene



Vedlegg E (en side)

Oversikt over antall ganger underkategoriene ble brukt totalt av alle terapeutene

